

Union College Union | Digital Works

Honors Theses

Student Work

6-2014

Burnout and Other Complex Challenges Causing Doctors to Become Patients in France and the United States

Cherry Chahal

Union College - Schenectady, NY

Follow this and additional works at: <https://digitalworks.union.edu/theses>



Part of the [Health and Medical Administration Commons](#), and the [Medical Sciences Commons](#)

Recommended Citation

Chahal, Cherry, "Burnout and Other Complex Challenges Causing Doctors to Become Patients in France and the United States" (2014). *Honors Theses*. 494.

<https://digitalworks.union.edu/theses/494>

This Open Access is brought to you for free and open access by the Student Work at Union | Digital Works. It has been accepted for inclusion in Honors Theses by an authorized administrator of Union | Digital Works. For more information, please contact digitalworks@union.edu.

Le « Burn-out » et d'Autres Défis Complexes : des Médecins qui deviennent Patients en
France et aux Etats-Unis

Burnout and Other Complex Challenges Causing Doctors to Become Patients in France and the
United States

By
Cherry Chahal

* * * * *

Submitted in partial fulfillment
of the requirements for
Honors in the Department of French and Francophone Studies

Union College
June 2014

Abstract

CHAHAL, CHERRY Le « Burn-out » et d'Autres Défis Complexes : des Médecins qui deviennent Patients en France et aux Etats-Unis. Department of French and Francophone Studies, June 2014.

ADVISOR : Professor Cheikh Ndiaye

Everyday, people feel a calling to become a doctor for various reasons. These reasons include experiencing a disease or illness either through a family member or on one's own, having a desire since childhood from hearing stories and wanting to help others, and perhaps wanting to propagate a family tradition and career. Out of all of the many reasons in the world, a desire to help others rises above the rest among to-be doctors. Thus, medical students and doctors dedicate their lives to learning about the human body in depth, well beyond what any introductory courses in biology will teach. Yet, while students who eventually become doctors do enjoy their time in medical school and in their career, they often go into the field without realizing the immense stress that will be placed upon them.

My thesis focuses on the source of all of these stressors and how they compare between two medical systems: in France and in the United States. What exactly are French and American medical students and doctors facing that leads to burnout? What can be done to ameliorate the stress that doctors in both of these countries experience?

Table des Matières / Table of Contents

Introduction.....	p.1
Chapitre I : La Médecine (moderne) aux EU	
A. Formation.....	p.6
B. Défis auxquels font face les médecins aux EU.....	p.13
Chapitre II : La Médecine (moderne) en France	
A. Formation.....	p.25
B. Défis auxquels font face les médecins français.....	p.31
Conclusion.....	p. 42
Bibliographie.....	p. 48

Introduction :

L'appel de la médecine touche plusieurs être-humains habitent le monde. Pour quelques personnes, devenir médecin est leur rêve d'enfant. Ils y songent depuis leur enfance, étudier le corps humain et apprendre tout ce qu'il y a sur ce corps extraordinaire. Ainsi, ils pourraient aider les gens et les soigner. Pour d'autres, une histoire personnelle est à l'origine d'une telle orientation professionnelle. Peut-être qu'une maladie les a touchés dans leur enfance ou adolescence ou la maladie a touché un membre de leur famille. Enfin, certaines personnes ont une inclination vers la médecine car c'est une histoire de famille. Quelle que soit la raison de pratiquer la médecine, elle attire plusieurs personnes à travers le monde.

La médecine dont les praticiens s'occupent des malades est un des plus honorables carrières : on étudie le corps humain, on travaille avec les patients, et on devient confident. La médecine séduit par son caractère altruiste et intelligent. On découvre le corps humain : les organes, les organites, les cellules, l'ADN, l'ARN, etc. Le champ d'études n'a pas de limites. Le Projet génome humain a été terminé en 2003 après quinze ans de recherche, mais les généticiens découvrent aujourd'hui de nouvelles informations qu'ils ont omises dans ce-temps là (Horton, n.p.). Les généticiens n'avaient pas de mêmes technologies qu'on a aujourd'hui. Les technologies utilisées par les généticiens trouvent les combinaisons différentes de l'ADN composant les gènes. De plus en plus, les nouvelles technologies trouvent plus facilement ces combinaisons de l'ADN, et elles peuvent déchiffrer l'épissage alternative et les gènes qui se sont emboîtés (Horton, n.p.). Ils découvrent ainsi les éléments neufs. Les nouvelles technologies améliore les coûts et diminue l'attente pour le séquençage du génome (Horton, n.p.).

Aujourd'hui, l'ensemble de la population peut dès maintenant connaître son génome. Avec cela, chacun peut savoir sa tendance pour certaines maladies. Les médecins étudient des éléments comme les maladies génétiques ; ils se plongent dans le corps humains. Ils se chargent

aussi des patients qui viennent avec des soucis médicaux. Chaque étudiant en médecine dit qu'il veut « aider les gens ». Cette phrase est universelle dans le monde de la médecine. C'est la motivation principale pour devenir médecin. Cependant, puisque les patients ont accès aux nouvelles informations génétiques, ils craignent d'avoir des maladies sévères sans consulter de médecin. Un médecin peut donner des conseils. Il rassure ses patients à propos des maladies du passé, du présent, et du futur. C'est un honneur d'être la personne dans qui la population a confiance. Quand les maladies sont vraiment sévères et il y a un danger de mort, un médecin est là. Il aide à faire disparaître les affections nocives. Il utilise tous les outils pour soigner ses patients. La gratitude des patients et de leurs familles est une des émotions de plus gratifiantes. Ce sont ces éléments qui font appel de la médecin pour certaines personnes: l'émerveillement en découvrant le corps humains, l'honneur d'être le confident pour les patients, et la gratitude des patients pour les soigner dans les temps difficiles.

Jusqu'à maintenant, j'ai peint la carrière médicale avec des taches vives et lumineuses. Il y a des éléments positifs, bien sûr, mais on ne peut pas oublier les éléments plus sombres. Il n'est pas rare en cours de cursus les étudiants se posent la question quant à la poursuite de leurs études ou non, devant la difficulté d'eux (Guignol, n.p.). Le processus de sélection est long chez les Américains et les Français : en France, on étudie six ans sans considérant les années de spécialisation, et aux Etats-Unis, un étudiant travaille huit ans puis a plusieurs années de spécialisation (Davaris, n.p.). Endors de l'éducation, les conditions de travail ne sont pas meilleures que les conditions d'études et d'externat. Les médecins ont des heures de travail longues, quelque fois ils travaillent 24 heures, voire plus. Ils voient moins souvent leur famille, et ils ont moins de temps de loisirs (Bourgeois, n.p.). Les patients et les besoins administratifs les occupent dès qu'ils se réveillent. La frustration de la vie clinique quotidienne continue à

augmenter. Les besoins administratifs croissent exponentiellement tandis que le temps donné à visiter les patients reste le même : 15 à 20 minutes. Les documents ajoutés à la documentation électronique, les appels téléphoniques, et les formulaires d'assurances médicales doivent être remplis dans le même jour de travail (Ofri, n.p.). Les besoins sont croissants, mais les heures ne changent pas. Aujourd'hui les médecins doivent être des surhommes pour accomplir tous qu'ils ont à faire.

On verra que les obstacles sont nombreux pour les futurs-médecins. L'éducation, l'internat, et la carrière peuvent chacun empêcher quelqu'un de suivre cette voie. Et cela vient avec l'aide des médecins aujourd'hui. Une enquête conduite par NerdWallet, un site sur la finance personnelle, montre que la plupart des médecins sont mécontents avec leur carrière. Moins de la moitié choisiraient une carrière en médecine si ils pouvaient encore le faire (Kristof, n.p.). Quand un étudiant intéressé par la médecine parle à un docteur, le docteur tente de le dissuader de suivre cette voie. Le docteur connaît déjà les problèmes qu'on rencontre dans ce travail. Mais, cela pose un problème car le nombre de médecins diminue tandis que le nombre de patients augmente. La pénurie de médecins a été annoncée depuis des années au niveau national en France (Davaris, n.p.). Aux Etats-Unis, avec une population vieillissante et croissante, la demande de médecins s'intensifie. Plusieurs communautés dans le pays éprouvent déjà un manque de médecins. Selon l'Association des universités médicales américaines (The Association of American Medical Colleges), les Etats-Unis feront face à une pénurie de plus de 91 500 médecins en 2020 (AAMC, n.p.). Dans ces deux pays, la demande dépasse la réserve de docteurs. Il y a moins de médecins pour plus de patients. Ils ont donc besoin d'accepter plus de patients, et ils n'ont pas déjà le temps à soigner leurs patients actuels.

Ce n'est pas donc surprenant que les médecins éprouvent le «burnout». Cet épuisement professionnel se manifeste physiquement et psychologiquement par des signes divers et variés suivant les individus (Perrick, « Burn out », n.p.). C'est un syndrome d'épuisement émotionnel, de dépersonnalisation, et de réduction de l'accomplissement personnel qui n'épargne pas les soignants (Perrick, « Burn out », n.p.). On ne peut pas ignorer le fait que les médecins doivent être des surhommes. Le burnout apporte des maladies diverses aux médecins. Maintenant, ils ont besoin de se soigner. Sans le faire, ils auront des troubles de la mémoire et de la concentration. Ils auront peut-être des pensées suicidaires (Perrick, « Burn out », n.p.). Comment sauveront-ils leurs patients ? Avec la perte de mémoire et de concentration, ils n'auront pas de capacité de travailler avec les patients et de se rappeler toutes les maladies. Le médecin souffre, ainsi que ses patients.

Personne ne gagne quand les médecins sont surchargés de travail. Je veux examiner le stress des médecins causé par leur éducation, l'externat, et leur carrière. Comme je veux devenir médecin, j'ai beaucoup lu et beaucoup entendu que cette voie n'est pas facile. Je suis le cursus médical aux Etats-Unis ; j'ai donc éprouvé un peu de difficulté dans ces études. Cependant, je n'ai pas encore ressenti la totalité de cette difficulté, et je veux l'explorer. Plus tard, je me vois aider les gens, mais à quel prix ? Est-ce que j'aurai de temps de visiter mes patients ou aurai-je trop de besoins administratifs ? Le burnout me suivra comme il suit les autres étudiants de médecine et les médecins, mais je désire de le connaître. Alors, je serai capable de le combattre. Car je m'intéresse à la France et j'habite aux Etats-Unis, je veux faire une étude comparative sur le chemin pour devenir médecin dans ces pays et puis explorer le burnout et son remède.

Dans cette étude comparative, je vais premièrement inspecter la formation théorique des étudiants médicaux, puis la formation pratique, ou l'internat, et finalement l'exercice

professionnel de ces études. Je vais d'abord explorer le système aux Etats-Unis et puis en France. Après cela, je vais trouver les causes d'épuisement et comment elles se manifestent. Finalement, je vais identifier quelques remèdes pour cette situation d'épuisement pour que les médecins puissent se soigner.

Chapitre I : La Médecine (moderne) aux EU

A. Formation

En devenant médecin, on suit un parcours long et dur ; on doit être dévoué à cette formation spécifique. Aux Etats-Unis, le procédé est particulièrement douloureux. Un étudiant désirant être médecin passera onze à seize ans pour compléter son parcours, comprenant quatre ans d'études dans une université ou dans un "college," quatre ans d'études médicales à une faculté de médecine, et trois à huit ans de stages et d'internat dans une spécialité. Ben Smith, un des mentors dans Med School Confidential, a écrit,

"The best advice I can give to someone thinking about medical school is to remember that medical training is very intense (and even brutal) eight-to-ten-year process during some of the prime years of your life. If you are excited about that, then go for it." (Miller et Bissell, 25).

[Les meilleurs conseils que je peux donner à quelqu'un songeant à la faculté de médecin sont ne pas oublier que la formation médicale est un procès très intense, même brutal, de huit à dix ans. Ce procès se passe dans les années qui devraient être la fleur de l'âge. Si vous êtes enthousiastes de cela, puis suivez-le. Ceux qui sont enthousiastes et surexcités, et il y en a plusieurs, il faut être résolu et inébranlable.]

Avant de choisir les études de médecine, il faut se poser quelques questions et conduire une auto-évaluation. Selon l'AMA (l'American Medical Association), il y a des traits dont on a besoin pour aller loin dans les facultés de médecine ; la motivation et l'intelligence, une performance scolaire élevée, des preuves de motivation pour la médecine, l'intérêt en service, des qualités de leader, et des aptitudes en communication supérieures parmi les autres (AMA, n.p.). En considérant ces traits, les étudiants potentiels doivent se poser les questions: Est-ce que je suis assez intelligent ? Est-ce que je suis assez discipliné ? Puis-je ne pas prendre de retard dans le cours d'Anatomie pour que l'examen ne m'accable pas ? Puis-je jongler entre les examens en pathophysiologie, pharmacologie, et histologie, tous dans la même semaine ? Enfin, puis-je rester vigilant et engagé à trois heures du matin, quand mon équipe reçoit le septième

patient de la nuit ? (Miller et Bissell, 29). Sans se poser de questions, on saute dans le monde de la médecine, où on va être pulvérisé par la pression alentours, sans savoir quoi faire.

L'éducation médicale américaine commence après le lycée quand on entre dans une université ou un « college ». Ce n'est pas possible de démarrer les études de médecine tout de suite après les études secondaires. Toutes les écoles de médecine américaines exigent l'obtention préalable d'un Bachelor's degree (Centre EducationUSA, 1). Cela veut dire qu'on a besoin de quatre années d'études supérieures post-bac, au niveau « undergraduate ». Le domaine de spécialisation pendant les études « undergraduate » n'a pas d'importance. J'ai choisi de me spécialiser en français et en neurosciences. D'autres étudiants pourraient choisir la biologie, la chimie, les maths, l'anglais, l'histoire, ou une autre langue, etc. Ce qui est nécessaire à l'université ou au « college », c'est de compléter quelques cours prérequis avant de postuler aux écoles de médecine. Les cours prérequis sont la biologie, la physique, la chimie organique, la chimie inorganique, l'anglais (littérature et composition), et les mathématiques. On doit suivre les cours d'anglais et de mathématiques pendant un semestre et les autres cours pendant deux semestres. Ce parcours s'appelle « pre-med » ou pré-médical (Miller et Bissell, 44). Suivant le curriculum pré-médical, l'étudiant doit être prêt à sacrifier beaucoup de son temps aux études et à la compréhension des sujets. Tous ses efforts et son dévouement sont nécessaires pour réussir à l'université et bientôt au MCAT (Medical College Admission Test/ Admission aux facultés de médecine).

Le futur médecin doit avoir obtenu un score élevé à l'examen national, le MCAT. Cet examen est long et très difficile, durant sept heures. Les écoles de médecine l'utilisent comme une mesure objective des candidats médicaux (Miller et Bissell, 51-52). Selon l'AAMC (Association of American Medical Colleges) cité par Miller et Bissell, le MCAT est mis en place

pour évaluer l'aptitude à résoudre les problèmes, à faire une analyse critique, et à écrire, en plus de la connaissance du candidat des idées liées aux sciences et aux principes prérequis à l'étude de la médecine (Miller et Bissell, 52). Le MCAT est exigé par la majorité des écoles de médecine américaines (Centre EducationUSA, 1). Donc, il faut réussir le MCAT. Sans une note acceptable, un étudiant potentiel n'aura pas de possibilité d'aller dans une école de médecine. Il est nécessaire de commencer à étudier au moins un an avant de postuler aux écoles de médecine (Miller et Bissell, 55).

En dehors du MCAT, le futur médecin doit aussi avoir « réussi une rédaction, être recommandé par le « comité de conseils en médecine », s'entretenir avec un comité d'admission et avoir témoigné d'un esprit de service et de bénévolat lors de stages de type humanitaire ou médical » (Silber, 52). Après avoir fait tout cela, le candidat a une chance d'aller dans une école de médecine.

Commençant dans la dernière année du cycle « undergraduate », les étudiants peuvent présenter leur candidature aux facultés de médecine. Il existe cent vingt-six écoles de médecine aux États-Unis, accréditées par l'American Medical Association (AMA) ou l'American Association of Medical Colleges (AAMC, n.p.). En 2006, environ 40 000 candidats ont postulé pour 18 000 places (Silber, 52). Ces chiffres reflètent les écoles de médecine allopathiques qui donnent le diplôme de “Doctor of Medicine” (M.D.). Cependant, il y a aussi des écoles de médecine ostéopathiques où on obtient un diplôme de “Doctor of Osteopathic Medicine” (D.O.) (Miller et Bissell, 36). Les écoles de médecine ostéopathiques assurent la même éducation que les écoles de médecine allopathique. Une grande différence reste dans la formation des médecins D.O. : ils ont une formation spécialisée dans les techniques manipulatoires (Miller et Bissell, 55).

Ces deux types d'étudiants étudient dans leurs écoles de médecine pendant quatre ans, et leurs études sont divisées en deux phases : préclinique et clinique.

Les quatre ans dans les écoles de médecine sont divisées en deux : deux ans pour les années précliniques et deux ans de plus pour les années cliniques. La partie préclinique comprend : l'anatomie, la biochimie, la physiologie, la pharmacologie, l'histologie, l'embryologie, la pathologie, la pathophysiologie, et les neurosciences. L'étape clinique se déroule dans des services hospitalo-universitaires où les étudiants font des stages en médecine interne, chirurgie, pédiatrie, médecine des familles, gynéco-obstétrique, neurologie, et psychiatrie (Silber, 52). Dans cette étape clinique, on part de la salle de classe pour aller à un hôpital. À l'hôpital on reçoit une éducation de terrain en changeant de salle dans l'hôpital tous les deux à trois mois. La quatrième année, on commence à se focaliser sur une spécialité pour laquelle on va postuler pour un stage et l'internat (Silber, 52). On postule aux hôpitaux pour l'internat en automne. Les entretiens se déroulent en hiver, et les résultats sont révélés en mars.

Plusieurs médecins citent les années de leur stage et d'internat comme les plus mémorables de leur formation médicale. Comme interne, on s'occupe beaucoup, mais on devient finalement clinicien, pas étudiant dans l'école (Miller et Bissell, 39). Pour la première fois, on assume les soins de patients pendant qu'on se présente directement aux résidents supérieurs et au médecin traitant. Après le stage, et comme résident, on aura plus de responsabilités, plus de patients, et plus de participation en supervisant les internes et étudiants médicaux. Le nombre d'années à l'internat varie selon la spécialité (Miller et Bissell, 40). Les médecins américains sont divisés en PCP, ou primary care physicians, et spécialistes. Les PCP comprennent la médecine générale, la médecine de la famille, les pédiatres, les spécialistes de médecine interne. Les spécialistes poursuivent leur formation pendant plusieurs années avant d'être « certifiés ».

Les spécialités sont divisées en grands groupes : médecine interne, gynéco-obstétrique, chirurgie, radiologie, anesthésiologie, anatomo-pathologie, psychiatrie, et autres (Silber, 53). Les PCP ont environ trois ans d'internat et les spécialistes ont vers cinq à sept ans. Pendant l'internat, on peut décider de continuer sa formation pour se sous-spécialiser dans une discipline. Pour se sous-spécialiser, il faut compléter un "fellowship" ou poste de chercheur qui va ajouter une à quatre années d'une formation concentrée. À la fin de plusieurs postes de chercheur, on sera qualifié pour "board certification" (Miller et Bissell, 41). Avant de devenir finalement médecin, il y a des autres examens à réussir hors du MCAT.

Pour pratiquer la médecine aux États-Unis, il faut obtenir une licence médicale américaine. On ne peut pas l'acquérir sans poursuivre les trois étapes de l'United States Medical Licensing Exam (USMLE) (Miller et Bissell, 41). Typiquement, on prend la première étape, Step 1, de l'examen après la deuxième année à l'école de médecine. La deuxième étape, Step 2, se déroule pendant la quatrième année à l'école de médecine, et la troisième, et dernière, étape, Step 3, se passe un an après qu'on ait fini l'école de médecine, pendant le stage. Après avoir réussi ces trois examens, on finit une certification nationale et on peut postuler à une licence d'état pour pratiquer la médecine (Miller et Bissell, 41). Il n'y a pas d'examens supplémentaires pour la recevoir.

Ce long chemin qui mène à la reconnaissance comme médecin finit avec l'obtention de "board certification." Après avoir passé l'internat ou un poste de chercheur, on peut passer les "boards," ou les examens, qui durent deux jours. À l' des boards, on est enfin reconnu par le conseil de l'Ordre des médecins (Miller et Bissell, 33). L'éducation des médecins n'est pas finie après les boards ; la formation médicale continue. Les médecins doivent suivre des cours de formation continue tous les deux ans. La FMC peut consister en réunions présentiellles, en lecture

de publications, en formations par Internet, etc. Chaque élément génère des points (Silber, 57). Il y a toujours quelque chose à apprendre. Les chercheurs découvrent de nouvelles choses chaque jour. Le monde de science grandit, et les médecins ont besoin de savoir tout ce qui se passe dans ce monde.

Tous les futurs étudiants de médecine qui veulent s'inscrire dans une école américaine n'ont pas de chance ; être accepté dans une faculté de médecine n'est pas facile du tout. Les études « undergraduate » et l'examen MCAT sont trop durs pour quelques étudiants. Il y a, en plus, des étudiants qui ont des bonnes notes mais qui ont encore des difficultés à être acceptés par une école américaine. Tous ces étudiants peuvent changer leur future carrière ou peuvent aller à l'étranger et étudier là-bas. C'est plus facile d'être accepté par une école de médecine étrangère qu'aux Etats-Unis (Vogt, n.p.). D'ailleurs, le coût de l'éducation y est moins cher (mais il faut payer les billets d'avion, etc.). La plupart des écoles à l'étranger ne demandent pas aux étudiants de passer le MCAT. De plus, les facultés de médecine en Europe acceptent les étudiants avec un diplôme du secondaire. En Europe, on finit les études en six ans, pas en quatre ans, il n'est pas nécessaire d'avoir de licence (Vogt, n.p.). Beaucoup d'étudiants de médecine américains vont aux Caraïbes. Là, il y a déjà des écoles de médecine établies pour les américains. Ils n'ont pas besoin d'abandonner leur rêve de devenir médecin. Les écoles de médecine à l'étranger aident donc beaucoup les étudiants qui veulent pratiquer la médecine.

C'est avantageux d'avoir ces écoles à l'étranger qui acceptent les étudiants américains. Les étudiants américains qui n'étaient pas acceptés aux Etats-Unis ou qui n'ont pas voulu passer le MCAT ont toujours une chance d'être médecin. Avec la pénurie des médecins déjà présente aux Etats-Unis et le nombre limité d'écoles de médecins américains, il y a toujours un besoin de

médecins même s'ils ont un diplôme étranger. Les écoles de médecine à l'étranger paraissent être un remède, mais il faut avoir de recul sur la situation.

Les étudiants qui veulent étudier à l'étranger mais pratiquer la médecine aux Etats-Unis ont beaucoup de problèmes en rentrant. Avant de choisir une école étrangère, il faut déterminer si l'école est sous licence. L'école de médecine doit être certifiée par l'Educational Commission for Foreign Medical Graduates (la Commission d'éducation pour les licenciés médicales étrangères) (ECFMG). Si l'école n'est pas certifiée par l'ECFMG, l'étudiant ne sera pas qualifié pour poursuivre une licence médicale aux Etats-Unis. (Vogt, n.p.). Il ne peut donc pas faire de demande pour passer l'USMLE ou entrer dans un programme d'internat. Il vient de dépenser tout son argent sur un diplôme inutile. Si l'école est certifiée, le temps de formation devient plus long que quand un étudiant fait un transfert aux Etats-Unis. Les cursus ne sont pas les mêmes ; un étudiant étranger pourrait répéter quelques classes ou quelques externats (Vogt, n.p.). Les écoles de médecine à l'étranger donnent plus d'options aux étudiants de médecine, mais ils ont leurs propres problèmes.

Comme médecin, un américain a de nombreuses options de carrière. Un médecin américain peut : créer seul son cabinet, s'associer à un praticien pour former un cabinet à deux, rejoindre un groupe dans une même spécialité, rejoindre un groupe multi-spécialités, devenir salarié d'une HMO, rester à l'hôpital dans une voie universitaire, faire des remplacements, ou travailler pour le gouvernement américain. Il y a plein de possibilités, et chaque possibilité arrive avec des avantages et des inconvénients (Silber, 54). Le médecin doit décider comment il veut pratiquer son art.

Le chemin n'est pas facile du tout, mais c'est à l'étudiant potentiel américain à décider si cette vie est pour lui. Il y a beaucoup d'études qu'on doit suivre dans l'université et à l'école de

médecine, si on réussit le MCAT. Il y a trop de mémorisation dans les premières deux années à l'école de médecine, et puis beaucoup de responsabilité quand on commence à apporter les soins aux patients dans les dernières deux années. Après l'université et l'école de médecine, on doit aller en stage et à l'internat. Intermittent dans l'éducation, aux écoles ou de terrain, les examens sont importants : le MCAT, les trois étapes de l'USMLE, et les boards. Si on ne les réussit pas, il faut reprendre l'examen car sans-eux, on ne peut pas devenir médecin. Étudier et passer toutes ces années à l'hôpital valent la peine quand on guérit des patients.

B. Défis auxquels font face les médecins aux EU

L'« Occupational Outlook Handbook » du Département du Travail des Etats-Unis fait un bref compte rendu du travail de médecins, mais il ne décrit pas la vraie difficulté de la situation. Selon le manuel, les médecins diagnostiquent et traitent les blessures et les maladies. Ils examinent les patients, déterminent leurs passés médicaux, prescrivent les médicaments, et ordonnent, réalisent, et interprètent les examens complémentaires. Ils vérifient les résultats des examens complémentaires, recommandent et dessinent un plan de traitement après avoir déterminé la cause d'une maladie. Ils s'occupent aussi des questions des patients sur leurs santé. Finalement, ils conseillent leurs patients sur le régime, l'hygiène, et les traitements préventifs (« Physicians and Surgeons », n.p.). Ce manuel décrit la vie des médecins quand ils interagissent avec les patients, mais il y a en arrière une vie troublée, pleine des épreuves, que le monde ne voit pas.

Une enquête menée par Medscape et Web M.D. en 2012 a éclairé la vie des médecins. Cette enquête faite sur internet avec un questionnaire montre qu'il y a beaucoup d'insatisfactions parmi les médecins américains qui montent. Seulement cinquante-quatre pour cent des 24 000

médecins (représentant vingt-cinq spécialités) choisiraient encore la médecine comme carrière. En 2011, soixante-neuf pour cent des médecins auraient encore choisi cette carrière. La différence dans les nombres prouve que les médecins ne sont pas satisfaits. Selon Medscape, les raisons sont : un revenu en déclin, une paperasse en hausse, et trop d'incertitudes sur les changements arrivant avec « Le Patient protection and affordable care act » de 2010. L'enquête montre que trente-trois pour cent des médecins passent plus de dix heures sur la paperasse et l'administration (Crane, n.p.). Il y a donc plus à faire aujourd'hui qu'hier, et les médecins éprouvent la pression surtout, avec le temps limité avec lequel ils doivent travailler. Ainsi que les dettes qui doivent être payées.

De la confusion et de l'incertitude dans la médecine viennent du système d'assurance maladie aux Etats-Unis. Les Etats-Unis ont les meilleurs médecins, infirmiers, et techniciens médicaux de tous les pays développés. Ils ont les hôpitaux avec le meilleur matériel médical. Les laboratoires américains dirigent le monde dans le domaine des expériences médicales, et les entreprises américaines donnent le standard mondial des remèdes miracles et des équipements médicaux (Reid, 28). Cependant, le système de soins et de santé est un des pires au monde, et c'est le plus compliqué des systèmes. Tous les autres pays développés ont décidé de créer un seul système d'assurance maladie pour leurs citoyens ; chaque patient est traité équitablement, et il y a juste une seule collection de règles qui gouvernent le traitement et le paiement (Reid, 41). Aux Etats-Unis, en revanche, il y a un mélange de différents systèmes de paiement et tous les citoyens ne sont pas couverts par l'assurance maladie (Reid, 41). Il y a un système d'assurance pour les Américains âgés de plus de soixante-cinq ans. Il y a d'autres systèmes pour le personnel militaire, les vétérans, les Amérindiens, et les personnes avec des insuffisances rénales en phase finale. En plus, il y a un système pour les Américains âgés de moins de seize ans qui habitent

avec une famille pauvre. Les membres du Congrès ont un très bon système pour eux-mêmes (Reid, 42). Aux Etats-Unis, il y a des vingtaines de systèmes d'assurance privée. Chaque système a ses propres règles à propos des traitements, qui payera et à quel coût (Reid, 42). À cause de ce système inégalitaire, souvent ni le patient, ni le médecin savent combien coûtent les services de traitement.

Cet aveuglement dirige le « cost shift » qu'on voit aux Etats Unis. Le « cost shift » se produit quand les professionnels de la santé ne connaissent pas le coût de traitement à cause des multiples systèmes d'assurance maladie. Ces professionnels de la santé essaient de déplacer le coût de traitement vers celui qui va payer le plus (Reid, 43). Si la sécurité sociale, Medicare, coupe le prix d'une procédure car elle a des problèmes budgétaires, l'hôpital va essayer d'éviter la perte du revenu. L'hôpital augmentera donc le prix de cette procédure à l'encontre des autres patients et de leur système d'assurance maladie (Reid, 43). A cause de ces événements, la même opération le même hôpital et dans le même jour peut avoir dix prix différents, suivant qui paie. Les médecins doivent travailler dans ce système déroutant, qui en rajoute à leur stress.

En plus, le système commence déjà à changer. « Le Patient protection and affordable care act » de 2010 essaie de créer un différent système d'assurance maladie aux Etats-Unis. Sous cette assurance maladie, tous les citoyens seront couverts dès qu'ils s'abonnent, et les sociétés prestataire de soins de santé ne peuvent pas établir une discrimination contre les personnes avec des maladies préexistantes (Reid, 30). Il y a aussi un mouvement pour que le prix de traitements sera transparent. Le nouveau système d'assurance maladie devient un casse-tête pour les médecins à cause de tous les changements. Quoi qu'il en soit, les médecins doivent continuer à pratiquer la médecine au même temps que l'environnement change.

Dr. Ralph Messo, médecin dans une pratique privée, directeur de l'Éducation Médicale à Staten Island University Hospital, et professeur-assistant à Touro College of Osteopathic Medicine, a donné un aperçu sur la vie d'un praticien familiale. Un jour typique commence avec « hospital rounds » où le médecin est en train de faire la visite. Il voit et gère les patients qui avaient été hospitalisés ; cela prend une à trois heures. Après la visite, il a ses heures de bureau qui durent six à dix heures par jour. Il est médecin traitant et aide les patients malades, pratiquant la médecine préventive pour que les maladies puissent être empêchées. Les autres médecins pourraient lui téléphoner pour discuter d'un traitement en cours concernant d'autres patients (Messo, n.p.). Le jour n'est pas fini pour lui après les heures de bureau. Maintenant, il est obligé de rappeler les autres médecins et les patients qui ont des questions sur les traitements. Les familles aussi ont des questions sur le progrès des patients et le médecin est obligé aussi de les appeler. Finalement, les dossiers médicaux doivent être complétés où le médecin explique la situation du patient et le plan de traitement. Le jour n'est pas complet avant dix à douze heures de travail, en plus les hôpitaux et quelques bureaux sont ouverts le samedi (Messo, n.p.). Il y a toujours du travail à faire et pas d'un moment de repos, mais il est nécessaire pour les médecins de travailler tout le temps.

Les médecins ont besoin de travailler beaucoup car ils ont trop de dette ; ils ne sont pas riches comme tout le monde pense. Encore dans l'enquête menée par Medscape, seulement onze pour cent des médecins se considèrent comme riches ; quarante-cinq pour cent d'entre eux disent que leur revenu n'est pas meilleur que celui des non-médecins. Quarante-cinq pour cent de plus croient qu'ils sont riches considérant leur revenu, mais avec les dettes et les dépenses, ils ne le sont pas du tout (Crane, n.p.). En 2012, les médecins traitants ont reçu un salaire annuel médian total de \$ 220 942 et ceux pratiquant dans les spécialités médicales ont reçu une compensation

annuelle de \$ 396 233 (« Physicians and Surgeons », n.p.). Ces nombres définiraient les médecins comme riches, mais il faut regarder le contexte entier. La plupart des médecins obtiennent une licence médicale avec \$ 150 000 à \$ 250 000 de dette. Pendant qu'il se sont inscrits à l'école de médecine, ils ne gagnent pas d'argent ; ils étudient tout le temps. Puis, après l'école de médecine, quand ils sont internes à l'âge de vingt-cinq ans au minimum, ils ne gagnent que \$ 50 000 par année. La dette augmente quand les futurs-médecins sont internes ; ils ne gagnent pas assez d'argent pour payer leur dette. C'est quand ils sont finalement médecins qu'ils commencent à gagner vers \$ 100 000. Le salaire de départ est \$ 110 000 à \$ 150 000 (Messo, n.p.). Encore, cela n'est pas assez d'argent pour payer toute la dette qu'on a accumulé pour l'éducation. Cela est la raison pour laquelle les médecins ne sont pas riches et doivent travailler plus pour s'acquitter des dettes.

Si un médecin veut travailler en libéral, il accumule plus de dette. Les médecins peuvent exercer la médecine dans les hôpitaux publics ou privés ou dans un cabinet privé. On trouve que le procédé est plus facile en travaillant à l'hôpital. Cependant, quelques médecins désirent travailler à leur compte. Donc, ils trouvent un emplacement idéal et créent leur cabinet privé. L'établissement d'un cabinet privé prend beaucoup de temps, d'argent, et de préparation. Le coût de l'établissement peut décourager n'importe qui. Les conseillers financiers des médecins estiment que les médecins qui veulent travailler à leur compte doivent avoir \$ 100 000 avant de commencer la construction (AAFPINS, n.p.). Cette estimation des coûts inclut seulement la paie, le loyer, les dépenses de tous les jours, et l'assurance. L'estimation n'inclut pas les coûts du cabinet, du matériel médical, du téléphone, des ordinateurs, des meubles, ou de la documentation électronique (AAFPINS, n.p.). Il faut fournir une l'assurance médicale aux employés pour qu'ils y travaillent. Sans assurance, les employés chercheront un travail dans un autre établissement

(AAFPINS, n.p.). Aux Etats-Unis, Dr. Bobby J. Newbell a tenté d'établir un cabinet privé. Il a réussi, mais avec beaucoup de difficultés.

Dr. Newbell a démissionné de son poste dans un hôpital après neuf mois de travail. Il a dû rembourser l'hôpital \$ 4 000 car il n'y a pas resté pendant le temps requis (n.p.). Dr. Newbell, avec sa femme, ont déménagé chez lui en Alabama. Ils avaient déjà vendu leur maison, perdant \$ 12 000, et ont loué un appartement. Ils n'avaient pas d'assurance ou de source de salaire (n.p.). Mais, avant de déménager, Dr. Newbell a commencé par créer son cabinet privé. Il a obtenu le bail d'une clinique vacante, et il a eu des candidats pour être infirmier, réceptionniste, et responsable administratif. L'hôpital du coin l'a auparavant assuré qu'il aurait un salaire simple (n.p.). Donc, Dr. Newbell a eu un budget pour son cabinet. Cependant, la vie n'est pas si simple.

La construction du cabinet n'a pas été pas facile. L'infirmier, la réceptionniste, et le responsable administratif ont décidé de travailler dans un autre établissement (Newbell, n.p.). Dr. Newbell n'a pas encore d'employés. Le budget qu'il a estimé serait insuffisant ; il a dû faire un emprunt à la banque car le coût de cabinet flambait. Une table d'examen médical coûte à peu près \$ 1 000, et une boîte d'ophtalmoscope et d'otoscope coûte plusieurs centaines de dollars (n.p.). En plus, le salaire venant de l'hôpital était moins bien que ce à quoi il s'attendait. Il a eu six salles d'examen à fournir, mais pas assez d'argent (n.p.). A cause de toutes ces complications, Dr. Newbell a décidé réduire son cabinet privé. Sa femme, une infirmière, et lui étaient les seuls employés. Ils n'ont pas fourni toutes les salles, et ils ont fait une réduction de salaire. En plus, ils ont géré les rendez-vous eux-mêmes, et ils ont nettoyé le cabinet eux-mêmes (n.p.). Au début, Dr. Newbell n'a pas eu de patients, mais, avec le temps, le nombre de patients a augmenté jusqu'à 2000. Son salaire a aussi augmenté ; il est comparable aux salaires des autres médecins de famille (n.p.). Dr. Newbell a enduré beaucoup d'épreuves, mais il est parvenu à

établir son cabinet privé. Les autres médecins peuvent faire la même chose, mais ils doivent être inébranlables.

En plus des dettes et des heures longues du travail, les médecins doivent faire attention aux fautes professionnelles médicales et acheter l'assurance contre l'erreur médicale. Les patients blessés ou les membres de la famille ont la capacité de porter un procès contre le médecin traitant. Selon le Journal of the American Medical Association (JAMA) ou le Journal de l'association américain médical, les erreurs médicales sont en général la troisième cause de mort aux Etats-Unis. Juste avant les erreurs médicales viennent les maladies du cœur et le cancer. En 2012, plus de trois milliards de dollars ont été déboursés après des procès sur erreurs médicales (Cheeks, n.p.). Les raisons des fautes professionnelles médicales sont toutes différentes mais toutes abîment les patients. Les médecins ou les autres professionnels de la santé sont négligents et les patients souffrent. Les fautes se produisent quand il y a des erreurs avec le diagnostic, le traitement, le suivi médical, et la gestion de la santé (Cheeks, n.p.). Le patient blessé peut mourir ou il peut être affecté pour la vie. Il y a toujours une conséquence, et le médecin doit se préparer contre une faute et un procès légal.

Christopher Stookey est un médecin d'urgence et il a connu la difficulté des erreurs médicales pendant l'internat ; il est peut être le plus jeune médecin à avoir été poursuivi en justice avec succès après une faute professionnelle. Il écrit son histoire avec un essai dans le livre *Becoming a Doctor*. Le dossier se produit pendant son deuxième mois d'internat. Il dit, « At the time, I hadn't known you could sue a resident for malpractice. I figured, as residents, we were protected under the wings of the attending physicians who supervised our work. I was wrong about that. » (« En ce temps-là, je ne savais pas qu'on pouvait poursuivre en justice un interne pour faute professionnelle. J'ai supposé, qu'en tant qu'internes, nous étions protégés sous les

ailles du médecin traitant qui supervisent notre travail. J'avais tort. ») (Stookey, 25). Mme Nguyen, la femme qui le poursuivit en justice, n'était pas sa patiente. Stookey est passé par sa chambre juste avant qu'elle parte pour une échographie. Elle lui a dit d'entrer dans la chambre afin de s'assurer de la condition de son œil. Elle avait un hématome sous-conjonctif, un vaisseau sanguin dans son œil a éclaté, causé par la pression pendant le travail. Le diagnostic était facile à faire ; la condition était courante et complètement bénigne (Stookey, 34). Pourquoi donc le procès ? Stookey était le dernier médecin qui l'a vu, juste avant que son enfant meurt. Il n'avait pas regardé l'enregistrement du battement de cœur fœtal. L'enregistrement ne montrait pas de rythme normal ; c'était un enregistrement de fœtus en extrême détresse. Il fallait accoucher le bébé immédiatement par césarienne. Même un étudiant médical aurait dû reconnaître cet enregistrement ; quand un médecin entre dans la chambre d'une femme enceinte, il faut regarder tous les enregistrements (Stookey, 34). Stookey n'a pas fait ça. Mme Nguyen a perdu son enfant, sa fille, et elle a gagné le procès contre Stookey et les autres médecins.

La douleur de la perte ne part jamais. Mme Nguyen se souvient toujours de son enfant, le fœtus qui est mort. Elle n'aura jamais la chance de regarder sa fille pendant qu'elle grandit ; elle n'aura jamais de chance de jouer avec sa fille ou de la voir grandir ; elle n'aura jamais de chance de l'amener à l'école pour la première fois. Les fautes professionnelles médicales ne sont pas des plaisanteries ; les gens sont blessés et quelque fois meurent.

D'un autre côté, les médecins sont aussi peïnés. Stookey a eu et a encore des remords. Il songe toujours qu'il aurait du regarder l'enregistrement du battement cardiaque. Il a juste eu besoin de jeter un coup d'œil vers l'enregistrement, mais il s'est focalisé sur l'œil. Le bébé aurait pu être sauvé. Il se demande encore s'il est compétent comme médecin et s'il appartient de cette profession. Finalement, il a décidé de rester sur cette voie. Mais il dit,

I still think about them. Mrs. Nguyen and her baby, to this day. That undulating heart tracing still pops into my head from time to time, often at seemingly random moments : while I'm standing in line to get a cup of coffee, listening to music, jogging the fire trails with my dogs. The memory also comes at more predictable times : for example, when I step into an exam room with a pregnant patient. (Stookey, 38).

[Je pense encore à elles. Mrs. Nguyen et son bébé, aujourd'hui encore. Cet enregistrement du battement de cœur ondulant revient encore de temps en temps dans ma tête, souvent pendant des moments apparemment aléatoires : pendant que je fais la queue pour obtenir une tasse de café, que j'écoute de la musique, que je fais un jogging avec mes chiens. La mémoire vient aussi pendant les temps plus prévisibles : par exemple, quand j'entre une chambre pour faire une visite médicale avec une patiente enceinte.]

La mémoire tragique reste ; Stookey ne l'oublie jamais. Les fautes professionnelles apportent des risques psychologiques. Il faut les combattre et continuer à pratiquer la médecine. Pour rester un médecin attentionné et vigilant, il est nécessaire de se rappeler les fautes professionnelles médicales. Le médecin peut les éviter au futur et devenir un meilleur docteur.

Pas seulement les médecins, mais les hôpitaux sont aussi touchés par les erreurs médicales ; le procès est plus sévère pour les hôpitaux et ils peuvent être fermés. À Terrell une ville de l'état du Texas aux Etats-Unis, un hôpital a été fermé en 2013 après des soucis sur la sécurité des patients (St. James et Woodward, n.p.). Il y a eu une enquête qui a trouvé beaucoup de manques de sécurité, causant deux morts. L'hôpital avait cent lits pour les patients ; il fournissait une grande gamme de services – le service d'urgence, le travail et l'accouchement, et les services chirurgiens. Presque cent quarante personnes étaient payés par cet hôpital. Les enquêtes ont relevé un manque de services de infirmiers, un manque de soins appropriés qui ont causés deux morts, un manque de suivi médical, un manque de programme d'infection et de maladies transmissibles, etc. (St. James et Woodward, n.p.). L'hôpital est endetté de quatre cent quarante mille dollars en impôts. L'hôpital a donc été saisi par l'état. On trouve l'hôpital le plus proche à onze miles de Terrell (St. James et Woodward, n.p.). Les minutes seront perdues en

conduisant un patient de Terrell à l'autre hôpital. Ces minutes perdues peuvent conduire à la mort du patient.

La responsabilité la plus difficile pour un médecin est de faire face à la mort d'un patient. Comment est-ce qu'ils s'en sortent ? Les médecins ne sont pas Dieu ; Ils ne peuvent pas sauver tous leurs patients. Quelques patients mourront et les médecins ont besoin de l'accepter. Chaque médecin a sa propre manière de surmonter ça. Quelques médecins ont du mal avec la mort de leurs patients. Ils pensent que leurs patients auraient été sauvés si le traitement avait été différent et mieux (McCook, n.p.). Ils sont dans le déni face à la mort. Ils songent qu'ils ont causé cette mort. Leur éducation, leurs formations, et leurs connaissances étaient les raisons de la mort. Face au déni, il faut avoir un système de soutien chez eux et dans leur lieu de travail (McCook, n.p.).

Un système de soutien aiderait beaucoup face à la mort d'un patient. Si les médecins novices parlent aux médecins plus expérimentés qu'eux, ils peuvent surmonter la perte du patient. Les médecins expérimentés comprennent la difficulté de la perte et peuvent aider les nouveaux médecins à pleurer leurs patients (Clark, n.p.). Il n'est pas nécessaire d'être dans le déni. En parlant aux médecins expérimentés, les médecins novices ont un débouché. Bientôt, ils apprennent à accepter la mort et ils peuvent continuer à pratiquer la médecine. La mort des patients ne devient jamais facile à accepter, mais les médecins comprennent que la mort d'un patient n'est pas leur faute (Clark, n.p.). La mort fait partie de la vie quotidienne. Il faut juste avoir un système de soutien pour que les médecins ne deviennent pas fous face aux toutes les morts qui viennent avec cette profession.

Les médecins gèrent leurs patients, mais quelque fois leurs patients sont trop près de la mort ; les patients demandent le suicide assisté. La mort de ces patients serait vraiment causée par les médecins. Qu'est-ce que les médecins font dans ces cas-là ? Dr. Jack Kevorkian, mort en

2011, était pathologiste et aidait les patients en phase terminale à mourir. Son surnom était ‘Dr. Death’ ou M. Mort et il a créé une machine de suicide qu’il a appelé ‘Mercitron’ ou ‘Thanatron’ (Schneider, n.p.). Pendant huit ans, il a aidé à peu près 130 personnes à se suicider. En 1995, l’Association médicale américaine l’a appelé : instrument imprudent qui se présente comme une menace au public. En revanche, Kevorkian a dit, « My ultimate aim is to make euthanasia a positive experience. I’m trying to knock the medical profession into accepting its responsibilities and those responsibilities include assisting their patients with death » (Mon objectif ultime est de faire de l’euthanasie une expérience positive. J’essaie de critiquer la profession médicale pour qu’elle accepte ses responsabilités car ses responsabilités incluent d’aider les patients avec la mort) (Schneider, n.p.). Il a réalisé son objectif ultime. Aujourd’hui, la population fait attention au fait que beaucoup de personnes vivantes préféreraient être mortes. ‘Dr. Death’ a aidé à inciter le développement des hospices et, grâce à lui, les médecins sont plus compatissants envers les patients qui éprouvent trop de douleurs. Les médecins sont donc plus enclins à prescrire du médicament pour la douleur (Schneider, n.p.). Dr. Kevorkian a beaucoup changé le visage des soins palliatifs. Il avait la capacité d’aider ses patients à se suicider, mais les autres médecins ont toujours des difficultés avec cela.

Le suicide assisté et l’euthanasie vont contre les mœurs fondamentales de la médecine. Les médecins jurent de ne jamais blesser leurs patients (Stevens, 187). Le suicide assisté et l’euthanasie blessent irrévocablement les patients. Ils saisissent les vies de patients ; ces personnes ne vivront jamais. Ces deux techniques enlèvent la douleur à laquelle les patients font face, ce qui est nécessaire, mais la perte de la vie qui accompagne ces techniques est permanente. Quelques patients veulent partir car trop de douleur, mais les membres de la famille et les médecins doivent endurer la mort après que le patient soit parti (Stevens, 187). Les effets

négatifs émotionnels et psychologiques pèsent lourdement sur l'esprit du médecin traitant. Il a essentiellement tué son patient ; il doit accepter les répercussions car il est responsable de la mort. Un médecin peut être choqué et bouleversé à cause de ce moment. Il peut se sentir impuissant, désarmé, et isolé (Stevens, 187). Ce sont quelques responsabilités des médecins. La profession n'est pas facile du tout. Il y a toujours une décision difficile à faire.

Pourquoi les gens deviennent donc médecins ? Pourquoi on choisit cette vie avec toutes ses difficultés ? Dr. Ralph Messo a dit, « Nous l'aimons. Nous croyons que nous faisons une différence dans la vie de nos patients. Nous croyons que la médecine est la plus noble des professions qui existe. Nous croyons qu'elle est un appel où nous avons été choisis pour soigner notre patient ; nous chérissons cet honneur et ce privilège chaque jour ». C'est pour les patients que nous voulons devenir médecins. Sans eux, cette carrière ne vaut pas la peine, mais il y a toujours des répercussions à travailler sans arrêt et sans repos. On va l'examiner les répercussions plus tard après avoir visité le système médical en France.

Le système médical français est mille fois moins compliqué qu'aux Etats-Unis, mais il est tout aussi difficile. Les études de médecine sont, après le Baccalauréat ou l'équivalent, de neuf ans pour les médecins généralistes et jusqu'à dix ou onze ans pour les spécialistes (« Médecine », 1). À la faculté de médecine, les étudiants très intelligents font face à l'échec pour la première fois ; il y a une sélection sévère après la première année. S'ils réussissent la première année, il y a toujours les concours pour lesquels il faut toujours étudier. Ils n'ont presque pas l'option d'échouer. Puis, il y a des stages et l'externat à compléter. Finalement, avant de devenir médecin, l'étudiant doit soutenir une thèse.

Chapitre II. La Médecine (moderne) en France

A. Formation

Les études de médecine en France se découpent en trois cycles d'au moins trois ans et conduisent au Diplôme d'État de docteur en médecine. Si quelqu'un a envie de devenir médecin, il peut compter neuf ans d'études à l'université pour devenir généraliste et dix à onze ans pour devenir spécialiste. Ce chemin français prend des différentes voies qu'aux Etats-Unis, mais le parcours est aussi chaotique. Les étudiants doivent être reçus à une sélection, il y a deux cursus et d'autres examens à réussir, et ce cursus vole plusieurs d'années de la vie d'étudiants. La pression ne s'en va jamais.

Le premier cycle d'études de médecine (PCEM) dure deux ans. Après ce cycle, un étudiant obtient un Diplôme de Formation Générale en Sciences Médicales (DFGSM); en Sciences Pharmaceutiques ; en Sciences Odontologiques ; en Sciences Maïeutiques. Tout bachelier peut s'inscrire en première année d'études en médecine, odontologie, maïeutique, pharmacie, et kinésithérapie ; cependant, en santé, les bacheliers S ont les meilleures chances de réussite (« Réussir ses Études de Santé », n.p.). Ces bacheliers ont un atout pour se plonger au plus vite dans le programme composé de sciences « fondamentales » comme biologie, physique, chimie, et pharmacologie ; de science médicales comme anatomie, histologie, embryologie, et physiologie ; et de sciences humaines et sociales (« La PACES », n.p.). La première année commune aux études de santé ou PACES permet aux étudiants de se présenter à quatre concours distincts : médecine, dentaire, sage-femme, et pharmacie. Quatre-vingt pour cent des épreuves sont communes et les vingt pour cent restants portent des modules spécifiques (« Médecine », 1). La première année, les étudiants se concentrent sur les études.

En France, les études de médecine sont réglementées par des textes édictés conjointement par les ministères de la Santé et de l'Éducation (« Médecine », 1). Pendant que tout bachelier peut y s'inscrire, le nombre d'étudiants admis à poursuivre leurs études en deuxième année est fixé par arrêté ministériel, appelé *numerus clausus*, pour chaque unité de formation et de recherche ou faculté. Le *numerus clausus* est un quota en pourcentage du nombre d'étudiants français (« Médecine », 1). Un concours après les études comporte le *numerus clausus*. Cette sélection à l'entrée est une des plus sévères. Seulement quinze à vingt pour cent des étudiants réussissent le concours pour passer de la première à la deuxième année de médecine. De 2011 à 2012, il y avait 7 500 places pour les étudiants entrant en deuxième année d'études médicales (« Médecine », 1). Les étudiants sont obligés d'étudier beaucoup dans la première année. Sans réussir ce concours, ils ne peuvent pas devenir médecins. Le taux de réussite pour l'entrée en deuxième année n'est pas élevé du tout, et les étudiants doivent se battre pour réussir et pour aller plus loin. Ils ne peuvent pas s'inscrire en première année trois fois, donc il faut réussir le concours en deux essais (« Médecine », 1).

Il y a vraiment deux grands examens dans la première année qui font partie du concours. Le premier semestre, les étudiants apprennent les sciences « fondamentales » et les aspects fonctionnels de l'organisation des appareils et des systèmes (« Médecine », 1). Après ce semestre, ils ont un examen, la première partie du concours, et il y a une sélection après cet examen. En moyenne, quatre vingt cinq pour cent des étudiants sont admis à poursuivre en PACES et l'autre quinze pour cent sont réorientés vers d'autres formations universitaires (« Médecine », 1). Le deuxième semestre, les étudiants apprennent les aspects morphologiques, la pharmacologie, et les sciences humaines et sociales (santé, société, humanité). Les étudiants

choisissent également une ou plusieurs unités d'enseignement spécifiques concernant une des cinq filières de médecine : médecine, pharmacie, chirurgie, dentaire, et sage-femme.

En fin de semestre, la deuxième partie du concours est passée dans la filière choisie (« Médecine », 1). La note du concours est importante car elle détermine si l'étudiant peut poursuivre ses études en deuxième année. Obtenir la moyenne ne suffit pas ; il faut être classé en « rang utile » (« La PACES », n.p.). Il faut étudier beaucoup pour suivre à la deuxième année des études médicales. Le *numerus clausus* limite le nombre d'étudiants qui peuvent entrer en deuxième année d'études médicales. Le classement au concours de chaque filière dépend des différents coefficients du tronc commun et des résultats aux épreuves spécifiques (« La PACES », n.p.). Sans être classé en « rang utile », l'étudiant doit encore ressayer la première année et le concours ou, si c'était son deuxième essai de concours, il devra se réorienter vers une autre filière. La plupart se tournent vers le paramédical ou vers des diplômes d'un domaine proches (biologie notamment) (« La PACES », n.p.). La vie d'un étudiant dans le premier cycle d'études médicales n'est pas facile. Quelques étudiants décident de choisir une autre filière dans la première année avant le concours, mais la plupart des étudiants continuent et travaillent durement pour devenir médecin. Ceux qui réussissent le premier cycle d'études médicales continuent au deuxième cycle.

Le deuxième cycle d'études médicales se compose de quatre années : DCEM1 à DCEM4, et chaque année du cycle est soumise à des examens. La première année DCEM1 est la troisième année de Licence, et c'est une année de transition (« Études de médecine en France », n.p.). Cette année approfondit les études du premier cycle et intègre de nouvelles disciplines comme la sémiologie clinique ou l'imagerie médicale, ainsi que l'enseignement de langues étrangères, l'informatique, et le droit (« Médecine », 1). Elle est consacrée à des enseignements

théoriques et comporte des stages hospitaliers. Pendant les stages hospitaliers, les étudiants observent les médecins et leurs patients ; ils n'ont pas encore la capacité de traiter les patients.

Les trois autres années (DCEM2 à DCEM4) sont la base essentielle de l'apprentissage clinique avec leurs onze modules d'enseignements y compris l'apprentissage de l'exercice médical ; de la conception à la naissance ; la maturation et la vulnérabilité ; la santé et l'environnement, les maladies transmissibles, etc. (« Études de médecine en France », n.p.). Ces trois années constituent l'externat ; elles sont consacrées à l'apprentissage dans un hôpital avec trente-six mois de stages, quatre ans dans différents services de spécialistes. L'externe est un étudiant hospitalier rémunéré par le groupe hospitalier auquel l'université est rattachée y compris un Centre Hospitalier Universitaire (CHU) ou l'Institut Hospitalo-Universitaire (CHRU). L'externe apprend à reconnaître les différents signes d'une maladie, et il envisage le patient dans sa globalité. Il est salarié sous contrat à durée déterminée sous la responsabilité d'un Interne chef de clinique ou praticien hospitalier (« Médecine », 1). À la fin du deuxième cycle, les onze enseignements auront été validés car il y a un examen après chaque année. En plus, la fin de la deuxième année s'achève par l'Examen classant nation/ Épreuves nationales classantes qui dure deux jours. Cet examen permet la poursuite des études en Internat (« Médecine », 1). Selon sa note à l'examen et son classement, l'étudiant continue en troisième cycle d'études de médecine.

Le troisième cycle, l'Internat, s'achève avec le Diplôme d'État de docteur en médecine et offre deux filières possibles : la médecine générale ou d'autres spécialités. À l'issue de « l'Examen classant nation » au deuxième cycle et suivant le classement des étudiants, ils choisissent leur Centre Hospitalier Universitaire (CHU), ainsi qu'une des deux filières possibles : la médecine générale ou les autres spécialités. Tout le monde a une place mais pour avoir le choix de sa spécialité et du lieu, il faut être classé parmi les meilleurs (« Les études de

médecine », n.p.). Durant l'internat, l'étudiant reste dans le cadre hospitalier sous la responsabilité d'un « senior », mais il est considéré comme un professionnel qui a l'autorisation de prescrire (« Médecine », 1). L'internat de médecine conduit après trois ans à la médecine générale, et l'internat d'autres spécialités que la médecine générale dure entre quatre à cinq ans selon la spécialité. L'interne effectue des stages durant six mois et suit parallèlement des enseignements théoriques comme des séminaires ou des cours mensuels (« Les études de médecine », n.p.). Ces deux types d'internes aboutissent au Diplôme d'Études Spécialisées (DES). Certains DES peuvent aussi être complétés par une formation spécialisée complémentaire : le Diplôme d'études spécialisées complémentaire (DESC) qui est préparé en deux ans par les internes spécialistes ou une Capacité en médecine (CAPME) par les généralistes (« Médecine », 1). Après que l'interne ait validé l'ensemble des stages de six mois requis pour son DES et suivi des enseignements théoriques et pratiques, il est presque médecin avec son Diplôme d'État de docteur en médecine. Il doit enfin préparer une thèse et puis soutenir la thèse devant un jury. Après cela, l'étudiant, l'externe, et l'interne deviennent une seule et même personne : un médecin avec son Diplôme d'État de docteur en médecine.

Comme les jeunes étudiants américains, il y a des étudiants français qui ont toujours envie d'étudier la médecine même s'ils ne réussissent pas à joindre une faculté de médecine. Réussir la première année des études en médecine n'est pas facile. Les étudiants ont juste deux essais avant qu'ils ne soient plus autorisés à être étudiants de médecine. En plus, le *numerus clausus*, restreint le nombre d'étudiants en médecine au même moment qu'il y a une pénurie de médecins français. Le nombre des médecins, dicté par le *numerus clausus*, a augmenté de 120 % en dix ans ; la profession attirant de plus en plus (Radier, n.p.). Cependant, même avec l'augmentation de 120 %, il y avait 7 300 places pour plus de 50 000 candidats en 2012 (Radier,

n.p.). Ces étudiants qui n'ont pas réussi la première année des études en médecine et qui n'étaient pas classés en rang utile selon le *numerus clausus* vont donc dans les pays étrangers pour qu'ils puissent encore étudier et devenir médecins.

Environ 15 000 Français partent étudier à l'étranger. Ils déménagent en Belgique, en Roumanie, ou au Maghreb pour contourner le *numerus clausus* (Rudler, n.p.). 22,2 % des médecins diplômés hors de France, l'ont été en Algérie, 17,7 % en Roumanie, et 8,9 % en Belgique. Les élèves de médecine n'hésitent pas à quitter leur pays natal pour poursuivre les études qu'ils désirent ; ils n'ont pas réussi en France, ils vont donc créer leurs futurs à l'étranger. De plus, en France, les médecins diplômés à l'étranger représentent 9 % du total des médecins. Entre 2008 et 2013, les élèves étudiant à l'étranger ont augmenté de 48 %. Selon le Conseil national de l'ordre des médecins, un quart des nouveaux inscrits ont obtenu leurs diplômes hors de France (Rudler, n.p.).

On ne sait pas si les études à l'étranger sont de bonne qualité mais elles sont difficiles. Djillali Annane doyen en Paris-Ouest et coordinateur des études pour l'Ile de France a dit, « On ne peut pas dire que [la formation est de mauvaise qualité dans certains de ces pays], mais les études sont organisées différemment. Il nous paraît souhaitable que les étudiants y fassent un cursus complet » (Radier, n.p.). Selon un étudiant, le cursus est aussi difficile à l'étranger qu'en France. Paul Vara, un étudiant à l'université de Cluj-Napoca en Roumanie, s'est défendu, « On nous accuse d'acheter notre diplôme, mais ici aussi, la sélection est forte, autour de 20 % des candidats ont retenus, et puis, ce n'est pas plus cher qu'une grande école » (Radier, n.p.). Même si la qualité des études est mise en question, un étudiant qui a étudié à l'étranger a dit qu'elles étaient dures. Ces futurs médecins doivent connaître le corps humain complètement ; Aucune de ces études ne sera facile. De plus, la France reconnaît les diplômes obtenus dans l'Union

européenne ainsi que ceux délivrés en Tunisie, au Maroc, et en Andorre (Rudler, n.p.). Les diplômes permettent d'exercer en France, et la France a besoin de ces médecins avec sa pénurie de médecins.

La formation en médecine n'est pas enfantine. Il faut consacrer plusieurs années à étudier et connaître le corps humain. Après la première année d'études en médecine, la plus difficile, les études n'arrêtent pas. La pression ne part jamais ; il y a toujours quelque chose à apprendre. Après les études dans une salle, elles se déplacent à l'hôpital pendant l'externat et puis l'internat. La vie d'un futur médecin est très remplie. Même avec toutes les difficultés et la pression, de plus en plus jeunes veulent devenir médecin. Quelques jeunes qui ne sont pas classés en rang utile selon le *numerus clausus* vont à l'étranger puisqu'ils veulent désespérément devenir médecin et aider les autres. Après les études, et comme pour les autres médecins, les problèmes arrivent.

B. Défis auxquels font face les médecins en France

Selon Carrières Gagnantes, le médecin est un professionnel de la santé dont le rôle est de promouvoir, de préserver, et d'aider les malades à retrouver la santé en étudiant, en diagnostiquant, et en traitant les maladies, les blessures, et les autres affections physiques. La carrière d'un médecin repose sur les personnes qui contractent les maladies. En France, les médecins ne peuvent pas pratiquer sans être inscrits auprès du Conseil national de l'ordre des médecins (CNOM). En pratiquant, les médecins n'ont pas de journée normale ; ils adaptent leurs journées de travail aux patients qu'ils vont rencontrer. Même lorsqu'ils ne sont pas sur leur lieu de travail, beaucoup de médecins doivent demeurer disponibles sur appel en cas d'urgence (Woolley, n.p.). Ils ont donc souvent des horaires irréguliers ; beaucoup d'entre eux travaillent

plus de cinquante heures par semaine. Ils ont besoin de travailler avec leurs patients et les soigner, mais ils sont aussi obligés de faire de nombreuses tâches administratives. Quelques médecins enseignent, font des expériences, ou travaillent au sein de compagnies d'assurance en même temps ou au lieu de pratiquer la médecine. Il y a donc plusieurs lieux où ils se trouvent : en pratique privée (seuls ou avec d'autres médecins), à l'hôpital, en clinique, dans les universités, dans les hôpitaux universitaires, etc. (Woolley, n.p.). Dans tous les cas, le médecin porte beaucoup de responsabilités sur ses épaules. Il est responsable de toutes ses décisions et de ses actes. La pression d'être médecin est toujours élevée ; quand un médecin traite un patient, il y a trop de choses où ils peuvent se tromper.

Le Conseil National de l'Ordre des Médecins dicte les responsabilités de médecins. Le conseil indique que le médecin doit pouvoir se justifier en toutes circonstances des décisions qu'il a prises et des actes qu'il a effectués. Selon lui, si un médecin commet une faute, il peut être sanctionné et contraint d'indemniser sa victime (Perrick, « Responsabilité du médecin et faute médicale », n.p.). La responsabilité juridique du médecin n'est pas une responsabilité de résultats mais une responsabilité de moyens ; le médecin n'est pas tenu de guérir le patient, mais il doit fournir tous les moyens nécessaires pour tenter de guérir ou soulager la douleur de celui-ci (Perrick, « Responsabilité du médecin et faute médicale », n.p.). Si le médecin ne fait pas tout ce qu'il peut, il est négligent et coupable. Le médecin peut être condamné si on retient contre lui une faute. Quelques exemples de fautes : faute dans l'exécution des soins, faute technique, négligence, imprudence, erreur impardonnable, faute de jugement, faute de surveillance, violence volontaires, faux certificats, violation du secret professionnel, non assistance à personne en danger, etc. (Perrick, « Responsabilité du médecin et faute médicale », n.p.). Quand un

étudiant décide de devenir médecin et quand un médecin obtient son Diplôme d'État de docteur en médecine, ils ont choisi de respecter le serment d'Hippocrate : « Avant tout, ne pas nuire ».

Les médecins français n'échappent pas aux erreurs médicales. En France, les erreurs médicales font 10 000 morts par an (Morvan, n.p.). En 2001, le Dr René Paule, chirurgien orthopédique à la clinique du Val d'Ouest à Écully dans la Rhône a été condamné par la cour d'appel de Lyon à verser 10 millions d'euros à une famille dont l'enfant est devenu handicapé à la suite d'une intervention pratiquée (Pelé, n.p.). Charles, l'enfant âgé d'huit ans, a été admis en urgence en septembre pour une douleur au genou. À la clinique d'Écully, il a été victime d'erreurs médicales en cascade. Pour l'opération, les médecins ont dû poser un cathéter sur une voie veineuse située sous une des clavicules de l'enfant. Pour plusieurs personnes, cela ne pose aucun problème. Cependant, les médecins, Dr. Paule en particulier, ont fait l'opération sans le bilan sanguin de Charles. Au moment de cette opération, les médecins n'ont donc pas su que Charles est hémophile ; son sang ne coagule pas facilement. L'acte de poser un cathéter dans Charles a provoqué une lésion dans une veine de Charles et des saignements dans son poumon (Pelé, n.p.). L'absence du bilan sanguin était donc à l'origine de l'accident. Après l'opération, une radio a été effectuée mais la présence de sang n'a pas été détectée immédiatement dans le poumon. Les médecins l'ont découverte trop tard (Pelé, n.p.). Depuis l'opération, Charles « ne parle pas, n'entend pas, ne voit pas, et ne s'alimente pas tout seul. Il ne pourra ni faire d'études, ni exercer de profession ; il aura besoin, toute sa vie durant, d'une tierce personne en permanence à ses côtés (Pelé, n.p.).

Ces millions d'euros d'indemnisation représentent une somme record en France, mais ils ne peuvent pas redonner sa vie à Charles ou à sa famille. La vie de Charles ne sera jamais la même. Il était un jeune garçon avec toute sa vie devant lui, mais cette erreur médicale a tout

changé. Il ne peut pas fonctionner sans aide ; sa famille doit l'aider pour toute sa vie. Cette erreur n'affecte pas seulement Charles mais elle touche aussi sa famille. M. Marc Baerthélé, un avocat, a dit,

C'est une triple peine que vivent les familles : elles perdent leur proche ou sont frappées par un handicap lourd. Ensuite, il faut assumer les coûts financiers, sociaux d'une procédure. Enfin, leur combat va durer des années, passe par un véritable yo-yo psychologique, entre euphorie et dépression. Mes clients s'attendent en général à être accueillis à bras ouverts par les institutions, mais en réalité, ils le sont comme des chiens dans un jeu de quilles. Car leur combat n'est ni plus ni moins qu'une remise en cause du système (Morvan, n.p.).

Aucune somme d'argent ne vaut la vie d'une personne, qu'elle meurt ou soit paralysée. Les erreurs médicales sont sérieuses ; les médecins et les chirurgiens jouent à Dieu et ils sont de temps en temps comme Dieu, mais les erreurs se produisent toujours. Il faut faire attention et rassembler toutes les informations avant d'opérer sur un patient.

Les hôpitaux en France quelques fois ferment leurs portes, créant plus de problèmes pour les médecins. L'Hôtel-Dieu à Paris a fermé ses urgences ; les pompiers n'y amènent plus de patients (Béguin, n.p.). Les urgences ont été remplacées par un centre de consultations 24 heures sur 24. Gérald Kierzek, médecin urgentiste, est une des personnes qui lutte contre cette évolution. Selon lui, les urgences parisiennes sont trop surchargées. Il a annoncé, « C'est le début de l'agonie des urgences de l'Hôtel-Dieu ». Ian Brossat, président du groupe communiste au Conseil de Paris a aussi jugé, « La création d'un désert médical au cœur de Paris est un scandale sanitaire » (Béguin, n.p.). Cette évolution de l'Hôtel-Dieu concerne les médecins et les patients. Si les urgences dans Paris sont déjà surchargées, la fermeture d'une porte n'aide personne. En

cas d'urgence, il faut rapidement amener les patients dans un hôpital. Les autres hôpitaux dans Paris peuvent être trop loin pour certains cas d'urgence. Comme Brossat a dit, il y aura un désert médical au cœur de Paris. Si un jour il y a trop de cas d'urgences à Paris, les hôpitaux qui restent seront trop surchargés car l'Hôtel-Dieu a fermé ses urgences. Les médecins urgentistes qui y travaillaient auront besoin de trouver un autre établissement. Les autres hôpitaux à Paris ont déjà leurs médecins urgentistes ; les médecins urgentistes d'Hôtel-Dieu auront de la difficulté à trouver du travail. La fermeture des urgences à l'Hôtel-Dieu touche donc beaucoup de personnes ; il faut songer aux patients et aux médecins avant de faire des changements radicaux. Cela peut créer une atmosphère où les fautes médicales arrivent plus souvent.

Quelques fois l'erreur médicale est causée par le médecin et d'autres fois l'erreur est créée par le patient. Il faut évaluer l'erreur cas par cas pour déterminer s'il s'agit d'une faute génératrice de responsabilité. Si un médecin commet une faute, la situation est délicate et nécessite l'intervention de médecins experts. La faute médicale est difficile à prouver et en l'absence d'absolue certitude, le magistrat est souvent conduit à prononcer un « non-lieu » en faveur du médecin (Perrick, « Responsabilité du médecin et faute médicale », n.p.). Même si le magistrat prononce un non-lieu en faveur du médecin, le médecin est touché. Cela questionne sa capacité et son aptitude à soigner. Il songe à ses autres patients et s'il commettra une autre faute et s'il aura une autre situation pénale. La dernière chose qu'un médecin veut est d'être coupable. Il veut vraiment aider ses patients et les soigner mais maintenant sa connaissance du corps humains est sous enquête.

Le système d'assurance maladie en France s'assure que les patients reçoivent les meilleurs soins possibles. Selon l'Organisation mondiale de la santé, la France a le meilleur système d'assurance maladie au monde ; la France encourage la santé et elle traite ses patients

mieux que les autres pays (Reid, 49). Le système d'assurance maladie français couvre tous les citoyens de France et garantit le traitement égal entre les patients. Les employés français n'ont pas le choix d'une assurance maladie ; ils en reçoivent une qui est attachée à leur travail ou leur région. Ils ne changent jamais leur assurance maladie (Reid, 50). Sur papier, la France a plusieurs systèmes d'assurance maladie, mais elle fonctionne car elle a un seul système dirigé par le gouvernement. Le ministère de la santé détermine exactement ce que les assurances maladies peuvent demander pour les traitements et les médicaments (Reid, 50). Le gouvernement français négocie avec les systèmes d'assurance maladie pour que les patients paient le meilleur traitement avec le prix le moins cher. Contrairement au système des Etats-Unis, le système de négociation est complètement transparent. Le gouvernement, les systèmes d'assurance maladie, les médecins, et les patients savent le prix du traitement pour chaque procédure. En France, chez les médecins, les patients voient les tableaux des prix (Reid, 50). Il n'y a pas de casse-tête quand les médecins travaillent avec les patients en déterminant le coût d'une procédure. Les patients connaissent toujours leur procédure et son prix. Cette transparence aide la France à avoir le meilleur système d'assurance maladie, cependant, il a ses problèmes. Même si les Français dépensent beaucoup d'argent dans ce système, et ils s'en inquiètent trop, le système ne donne pas beaucoup d'argent aux médecins (Reid, 31). Les médecins travaillent trop mais ils ne gagnent pas toute la monnaie qui est dépensée dans le système d'assurance maladie.

Les médecins choisissent cette carrière pour qu'ils puissent aider les gens. Ils ne la choisissent pas toujours pour le salaire de cette carrière. Les étudiants de médecine français ont de la chance quand on les compare avec les étudiants américains. Les étudiants américains ont trop de dette, aux alentours de 150 000 à 250 000 dollars. Cependant, les étudiants français ne paient pas pour les études secondaires et médicales. Ils n'ont pas de dette car le gouvernement

français paie pour l'éducation (Reid, 62). Au contraire des médecins américains, les médecins français, comme François Bonnaud qui est un spécialiste de médecine interne, « ne seront jamais riches ». Bonnaud travaille à peu près soixante heures par semaine et il gagne, après les dépenses de bureau, 52 000 dollars (40 000 euros) par an comme revenu net. Les autres médecins généralistes gagnent aussi à peu près cette somme. Ils touchent donc un tiers de l'argent que les médecins américains touchent (Reid, 63). La même chose se passe avec les médecins spécialistes ; il y a le même écart entre le revenu d'un médecin spécialiste français et un médecin spécialiste américain. Dr. Tamalet, une orthopédiste, touche 65 000 dollars (50 000 euros) comme employé dans un hôpital qui fonctionne dans le gouvernement. Puis, il gagne la même somme en travaillant dans un bureau privé. Son revenu net est vers 130 000 dollars, mais il se situe économiquement loin du médecin moyen spécialiste américain (Reid, 63). Si les médecins français veulent aller aux Etats-Unis pour pratiquer, ils feront face aux mêmes difficultés que les étudiants revenant de l'étranger. Comme médecins aux Etats-Unis, ils feront aussi face aux problèmes avec une vie très chargée, les tâches administratives, et le système d'assurance très complexe qui amène une grande lutte en face des fautes médicales. Cependant, si les médecins français veulent pratiquer en France, ils ont le choix d'où ils peuvent travailler.

Les médecins français sont capables de pratiquer dans les hôpitaux publics ou privés ; ils peuvent aussi travailler à leur compte dans des cabinets privés. Travailler dans les hôpitaux est plus facile car les hôpitaux subviennent aux besoins des médecins. Cependant quelques médecins préfèrent pratiquer à leur compte ou veulent pratiquer dans un hôpital et dans un cabinet privé pour augmenter leur salaire. L'établissement d'un cabinet privé est aussi difficile qu'aux Etats-Unis. L'installation en exercice libéral nécessite de nombreuses démarches et l'établissement d'un budget prévisionnel et d'un plan de financement ("Médecins généralistes : les conditions

pour s'installer," n.p.). L'installation dure de deux mois jusqu'à deux ans (Martin, n.p.). Lors de l'installation, de nombreuses formalités sont nécessaires : inscription à l'Ordre des médecins, enregistrement du diplôme à l'Agence régionale de santé (ARS), inscription à la Caisse primaire d'assurance maladie, inscription au Centre de formalités des entreprises (Urssaf), affiliation à la caisse de retraite, et souscription d'une assurance de responsabilité professionnelle ("Médecins généralistes : les conditions pour s'installer," n.p.). En plus de ces formalités, il faut avoir un budget suffisant. Le budget de l'installation varie beaucoup suivant que le médecin libéral crée un nouveau cabinet ou rachète une clientèle existante. Créer un cabinet est la solution la moins coûteuse, mais c'est aussi celle qui présente le plus de risques. Inversement, la reprise d'un cabinet est moins risquée, mais elle est beaucoup plus onéreuse ("Médecins généralistes : les conditions pour s'installer," n.p.). Le budget doit inclure les nombreux matériels qu'il faut financer. Les matériels médicaux, les équipements, les fournitures, le mobilier, l'informatique, tous comptent dans le budget ("Médecins généralistes : les conditions pour s'installer," n.p.). Additionner le coût d'acquisition de ces matériels, le budget doit au minimum doit être 15 000 euros. Les médecins Thévenet, Dubrulle, et Barthaux en témoignent après avoir établi leurs cabinets privés. L'installation a coûté 18 000 euros pour Dr. Thévenet, et dans les 18 000, il a compté 12 000 de matériel médical et de fournitures comme les meubles (Martin, n.p.). Dr. Dubrulle a eu un budget de 17 500 dont environ 13 000 était de matériel médical dont consommables et immobilisables (Martin, n.p.). Enfin, Dr. Barthaux a compté 35 000 euros pour l'installation. Dans les 35 000, environ 25 000 était budgété pour les matériels médicaux (Martin, n.p.). S'installer coût beaucoup d'argent, mais cela vaut la peine pour quelques médecins qui veulent pratiquer en libéral. Ils acceptent le travail ajouté en établissant leur cabinet privé.

La pression que les médecins éprouvent grandit toujours. Ils doivent penser et diagnostiquer rapidement. Les raisons pour lesquelles les fautes se produisent sont claires. On doit cependant pardonner les médecins. Ils travaillent beaucoup pour les autres pour qu'ils se soignent des maladies, mais les médecins attrapent aussi des maladies et deviennent patients. Le médecin peut contracter plusieurs maladies ou pathologies en rapport direct avec son activité professionnelle principalement causées par : l'exposition au rayonnement ionisant ; contact avec plusieurs virus (hépatite, A, B, C, VIH) ; allergie au latex ; affections lombaires, rachidiennes et dorsales (gestes répétés, mauvaises positions), etc. (Perrick; « Le médecin malade », n.p.). Selon CNOM, certains facteurs ne facilitent pas la prise en charge du médecin malade, ayant tendance à minimiser les symptômes, automédication, peu ou pas d'utilisations de moyens de prévention, hospitalisations psychologiquement mal vécues, difficulté de trouver des remplaçants dans l'urgence, relations difficiles avec les organismes de santé, et incapacité de travail mal vécue (Perrick; « Le médecin malade », n.p.). La dure vie d'un médecin ne garanti pas de temps libre. Même si un médecin est fatigué et épuisé, il doit continuer à travailler. La pénurie de médecins n'améliore pas cette situation, les médecins sont surchargés de travail. Avec cette pénurie, un médecin aura beaucoup de difficulté à trouver un remplaçant même s'il est malade. Il n'aura pas le temps de se soigner, et il peut causer une maladie à ses patients. Cela pourrait créer une situation où le médecin fait une erreur. Ce cycle est vicieux.

Avec les fautes médicales, il y a toujours un risque de mort des patients. Chaque jour, les médecins font face à la possibilité de mort de quelqu'un. Pour les médecins, il s'agit d'un être supérieur, intouchable, défendu, et blasé même (Foucrier, n.p.). L'article « Les médecins face à la mort : comment affronter l'irréparable ? » écrit par Isabelle Foucrier décrit,

Aussi terrorisés que nous, les médecins gèrent la mort des autres en serrant les dents. Un

peu mécaniquement, tous dressent, grosso modo, la même typologie : il y a le patient qui ne veut pas mourir mais qui va mourir, celui qui demande "la piquêre", celui qui tient encore quinze jours le temps que sa fille rentre de l'étranger, celle qui profite que son mari soit descendu fumer une clope pour mourir seule, celui qui veut mourir mais que la famille tente de maintenir en vie par tous les moyens... Et il y a l'insupportable : le patient auquel on s'identifie totalement, qui donne envie d'aller pleurer dans les toilettes.

Il y a le cancer de l'enfant ou celui de la jeune mère (n.p.).

Les médecins font face aux situations difficiles ; celles que la population générale ne voudrait jamais faire. Bien sûr, les médecins n'aiment pas non plus être dans ces situations, mais ils ont la responsabilité d'aider leurs patients jusqu'à la mort. La relation humaine est essentielle en médecine. Le travail d'un médecin est d'aider ses patients avec toutes ses capacités, soit les patients gèrent soit les patients meurent. Avec la mort de son patient, un médecin se sent affligé ; il doit avoir un système de soutien. Sans celui-ci, le médecin a psychologiquement des difficultés. Le médecin a deux options quand il essaie de se décharger : « soit [il] en parle à des amis extérieurs au milieu médical, et devient une sorte de bête curieuse à qui l'on finit par dire 'Je ne sais pas comment tu fais'. Soit [il] en parle à un pote médecin qui, à son tour, se soulagera auprès de lui » (Foucrier, n.p.). Il faut parler à quelqu'un pour se soulager, mais un médecin saurait mieux car il comprend la situation. Les morts de patients pourraient être naturelles ou assistées.

Le suicide assisté et l'euthanasie existent aussi en France. Le Conseil national de l'ordre des médecins n'avait pas encore pris position dans le débat sur l'euthanasie (Chayet, n.p.). Cependant, l'ordre comprend qu'il y ait des patients en phase terminale souffrant de douleurs incontrôlables. Donc, invoquant un « devoir d'humanité », le Conseil permet un placement du

patient sous coma artificiel, afin de lui offrir une fin de vie plus paisible et d'alléger la détresse de son entourage (Chayet, n.p.). Même si l'Ordre ne s'est pas décidé sur le débat de l'euthanasie, il y a des personnes qui le demandent. Il y a des patients qui ne consentent plus ou qui ne répondent plus aux soins donnés (Lemoine, n.p.). Ils sentent la douleur immense chaque jour. Leur dignité comme être-humains est violée. On atteint les limites du traitement ; il faut donc faire quelque chose pour ces patients, pour qu'ils ne se sentent plus de douleur. Avec le suicide assisté et si un médecin le fait, le médecin est affecté. Il doit vivre avec la décision et le rôle qu'il a joué dans la mort de son patient. Psychologiquement, le médecin est troublé. Il doit se guérir et parler à quelqu'un afin de continuer travailler dans ce métier. Il y a toujours des patients à soigner.

Les médecins français travaillent tous les jours pour aider leurs patients. Ils vont aux hôpitaux publics et privés ou à leurs cabinets privés et passent la moitié de la journée à traiter les patients. Le système d'assurance maladie français ne donne pas beaucoup d'argent aux médecins, ils travaillent vraiment pour les patients. Ils font face à la mort chaque jour. Leurs patients meurent, c'est un fait de la vie, mais les médecins continuent de travailler, faisant face à ces situations difficiles ; ils sont forts et inébranlables, des vrais héros de la vie.

Conclusion :

La médecine aux Etats-Unis et en France avec tous ses problèmes conduit ses étudiants et ses praticiens au « burn-out ». Les systèmes de médecine incluent la formation des étudiants en médecine dans les écoles, pendant l'internat, et pendant la carrière médicale où les médecins sentent trop de pression dans les domaines variés. Il y a des différences entre la formation en médecine et la carrière dans ces deux pays, mais, en fin de compte, les médecins américains et les médecins français n'échappent pas au burn-out.

Dans les écoles de médecine, les étudiants commencent à ressentir toute la douleur qui vient avec cette voie. Ils doivent trop étudier ; il y a toujours l'idée d'apprendre et un examen à passer. Les étudiants américains ont besoin de réussir le MCAT avant de faire une demande pour étudier la médecine. Les années d'études « undergraduate » conduisent aux écoles de médecine, mais il faut avoir du succès au « college » pour y être accepté. Sinon, on doit aller aux écoles étrangères dans les Caraïbes. La situation n'est pas facile en France. Tout étudiant avec son baccalauréat peut s'inscrire en première année d'études en médecine, mais les bacheliers en série S ont les meilleures chances de réussite car ils connaissent déjà de la biologie nécessaire pour avoir un résultat heureux. Cependant, tous les bacheliers en S ne parviennent pas à entrer dans la deuxième année d'études en médecine. Le numerus clausus, dicté par les ministères de la Santé et de l'Éducation, empêche tous les étudiants en médecine qui ont loupé la première année de continuer leurs études. Les étudiants français doivent consacrer leur vie à étudier pendant la première année d'études en médecine. S'ils ne sont pas classés en rang utile, ils peuvent réessayer encore une fois ou chercher une autre carrière. Ceux qui ne réussissent pas en France vont à l'étranger où ils trouvent plus de difficulté. Entre les études dans les écoles et pendant l'internat, les futurs-médecins éprouveront beaucoup de peine. Même s'il y a beaucoup

d'étudiants qui veulent devenir médecins malgré tous les examens nécessaires, il n'y a pas assez de places pour eux.

Aux Etats-Unis, un pseudo-numerus clausus est dicté par le nombre de places dans les écoles de médecine, et en France un vrai numerus clausus est dicté par le gouvernement. Dans les deux pays, il y a une pénurie de médecins. Les étudiants qui reviennent dans leurs propres pays après une éducation à l'étranger aident à trouver une solution à cette pénurie, mais elle reste toujours présente. S'il n'y a pas assez de médecins, les citoyens des Etats-Unis et de France auront de la difficulté pour trouver un médecin traitant. Ils devront attendre pour être guéris, quelque chose ce qui peut aggraver une maladie. En même temps, les médecins auront plus de patients à guérir. Ils n'ont déjà pas assez de temps pour eux-mêmes car ils sont entenués par une vie très chargée et les tâches administratives. Leur vie sera aggravée à cause de la pénurie de médecins.

Les médecins travaillent trop pour sauver la vie des patients, mais ils ne sont pas bien payés. Aux Etats-Unis, la dette des médecins après leur éducation se trouve entre \$ 150 000 et \$ 250 000 et leur salaire de départ est de 110 000 à 150 000 dollars. En France, les étudiants ne paient pas pour leur éducation, mais leur revenu net par an est de 52 000 dollars. Tout le monde peut dire que les médecins américains sont bien rémunérés tandis que les médecins français ne le sont pas, mais il faut regarder les niveaux de dette entre les deux avant de comparer les salaires. Le salaire d'un médecin américain est dépensé pour éliminer sa dette. D'un autre côté, le médecin français dépense son salaire pour ses propres besoins. S'ils, les deux types de médecins, veulent avoir un cabinet privé, ils doivent budgétiser. Le coût de l'établissement d'un cabinet privé est trop élevé, et un médecin doit être préparé. Les matériels médicaux, les équipements, les fournitures, le mobilier, l'informatique s'ajoutent au coût de l'établissement. Il faut donc

avoir au minimum un budget de 15 000 euros. Les médecins ont le choix d'où ils veulent travailler, si c'est dans un hôpital ou un cabinet privé. Dans chaque lieu, les médecins ont besoin d'acheter une assurance contre l'erreur médicale.

Les fautes professionnelles qui peuvent causer la mort d'un patient sont très fréquentes aux Etats-Unis et en France. Aux Etats-Unis, les fautes professionnelles sont en général la troisième cause de mortalité. Aussi en France, les erreurs médicales amènent à trop de problèmes, et les médecins, les patients, et les membres de la famille sont tous touchés. Personne n'échappe aux répercussions ; la vie des patients change complètement et les membres de leurs familles doivent accepter ce changement. Les médecins commencent à questionner leur compétence dans cette carrière ; ils peuvent devenir déprimés à cause de cette erreur. S'ils restent dans cette voie, ils se poseront chaque jour des questions sur leur aptitude. Ils sentiront la pression de ne jamais faire une autre faute.

Les médecins s'occupent toujours de la mort. Les patients meurent à cause de raisons variées : les erreurs médicales, les éléments naturels, l'euthanasie. Personne ne peut pas faire face à la mort sans être changée. La mentalité d'un médecin est altérée. Encore, un médecin doit accepter la réalité ; il n'est pas Dieu et ne peut pas sauver tout le monde. La pression pèse toujours sur les médecins. Quelques fois, la pression est trop grande et pousse les médecins vers d'autres domaines.

De toute façon, les médecins sont touchés par la complexité des systèmes d'assurance maladie. Le système aux Etats-Unis est le système le plus compliqué au monde, et tous les citoyens n'ont pas d'assurance maladie. Il y a des assurances maladies pour certaines couches de la population américaine comme le personnel militaire, les vétérans, et les Amérindiens par exemple. Le système d'assurance maladie change sous « Le Patient protection and affordable

care act » de 2010, mais la complexité reste. Les médecins américains doivent comprendre tous les changements dans le document. Le système d'assurance maladie en France est le meilleur système au monde. Le système d'assurance maladie de la France couvre chaque citoyen, et il est réglementé par le gouvernement. Les citoyens disent que leur assurance maladie est très chère, et ils veulent toujours la changer. Les médecins aussi n'aiment pas ce système car ils ne sont pas assez rémunérés. L'avantage du système d'assurance maladie française se trouve dans sa transparence. Au moment où les patients entrent dans un hôpital ou dans un cabinet privé, ils savent le coût d'une procédure. Les patients américains ne peuvent pas dire la même chose. Aux Etats-Unis, le « cost shift » existe à cause de la complexité du système d'assurance maladie. Ni les médecins ni les patients ne savent jamais le coût d'une procédure. Deux patients qui subissent la même procédure dans le même hôpital et le même jour peuvent payer des sommes différentes. Il semble que la complexité et la difficulté de la médecine ne s'améliorent jamais.

A cause de toutes les complications dans la voie de la médecine, les médecins se chargent de trop de travail. Cela amène au burn-out chez les médecins, les symptômes auxquels on peut ajouter l'épuisement émotionnel, la dépersonnalisation des patients, la perte de l'accomplissement personnel. Le burn-out est le stade final d'une rupture d'adaptation. Ces symptômes amènent à la consommation excessive d'alcool, le divorce, les difficultés financières, et les maladies physiques ou mentales. Le suicide est le stade ultime du burn-out (Giorgio, n.p.). Dr. Mary Brandt, une chirurgienne pédiatrique, a dit, « Medicine attracts people who are drawn to self-sacrifice. Good doctors are inclined to keep giving, to always to what's necessary to take care of patients. Over time, this leads to compassion, fatigue, and burnout. We're losing surgeons prematurely to suicide and depression. They're quitting the field » (La médecine attire les personnes pleines d'abnégation. Les bons médecins ont tendance à continuer de donner, à faire

toujours ce qui est nécessaire pour guérir les patients. Au fil du temps, cela amène à la compassion, la fatigue, et au burn-out. Nous perdons prématurément des chirurgiens qui se suicident et qui sont déprimés. Ils abandonnent cette carrière) (Schattner, n.p.). Les médecins n'entendent pas les signaux d'alerte du burn out. Ils passent outre et c'est uniquement quand l'état physique et/ou psychologique ne leur permet plus de travailler qu'ils demandent de l'aide (Canouï et al., 38). Pour éviter le burn-out, la dépression, et le suicide, les médecins doivent se soigner.

Il y a des techniques pour se protéger du burn-out. Nous ne sommes pas égaux face au stress. Chacun peut avoir une sensibilité particulière à un stress. Cette sensibilité peut le rendre plus vulnérable dans une situation donnée (Canouï et al., 26). Il faut donc trouver quelques techniques qui marchent pour soi-même. Pour réduire le stress, les médecins peuvent : bien s'entourer et discuter avec leurs proches des difficultés vécues au travail ; dresser une liste des tâches prioritaires à accomplir et donner à chaque tâche un degré d'importance et d'urgence pour aider à déterminer les priorités ; apprendre à dire non de temps en temps ; apprendre à déléguer ; entre chaque heure de travail, prendre 5 minutes pour se changer les idées : écouter de la musique, méditer, faire des étirements, etc. ; faire l'examen de ses habitudes de vie ; et réserver du temps pour soi, sa famille, ses loisirs, etc. (« La prévention de l'épuisement professionnel », n.p.). L'exercice physique et passer du temps avec la famille et les amis sont les choix les plus populaires pour réduire le stress. Il faut juste 30 minutes d'exercice physique, 5 fois par semaine pour se maintenir en bonne santé physique qui a un effet positif sur la santé psychologique (« La prévention de l'épuisement professionnel », n.p.). Les médecins peuvent faire quelques changements dans leurs carrières, mais les hôpitaux peuvent aussi les aider. Ils peuvent créer plus d'opportunités pour prendre le soin de soi : plus de soutien, de respect, de

conseils, et d'initiative pour le bien-être (Rosenstein, n.p.). La prévoyance et quelques changements dans la vie des médecins peuvent aider à éviter le burn-out. Les médecins devraient guérir leurs patients sans devenir patients eux-mêmes. Le suicide ne devrait pas être le dernier recours. Les médecins ont le droit de vivre et d'être heureux dans leurs carrières.

Comme Richard Senelick, un neurologue, a dit,

There are easier ways to make a good living that do not require 12 to 15 years of higher education and frequent stress levels, but none provide the reward of making a measurable difference in people's lives every day. It can be stressful to bear the constant responsibility for an individual's life and well-being, but one cannot place a monetary value on the smile and hug from a grateful parent or spouse (Senelick, n.p.).

(Il y a des voies plus faciles pour gagner de l'argent qui n'exigent pas 12 à 15 ans d'enseignement supérieur et de niveaux de stress fréquents, mais rien ne fournit la récompense de faire, chaque jour, une différence mesurable dans la vie des personnes. Cela peut être stressant de supporter la responsabilité continuelle pour la vie et le bien-être d'autrui, mais on ne peut pas donner une valeur monétaire à un sourire et à une étreinte d'un parent ou d'un époux reconnaissant.)

Les médecins choisissent cette voie pour une raison ; ils veulent aider les gens. Il y a d'autres carrières où on peut aider les gens, mais la médecine est plus personnelle. Un médecin apprend le corps humain et toutes ses complexités. Il guérit ses patients et sauve leurs vies. Personne d'autre ne peut faire ce que les médecins font sous la pression avec toutes leurs responsabilités. Enfin, il serait mieux de faire attention aux mots de Joseph Campbell, un éducateur et écrivain, « Follow your bliss and don't be afraid » (Suivez votre bonheur et n'ayez pas peur) (n.p.). Si vous voulez devenir médecin, devenez-le ! Oui, il y a de la peur du burn-out face à toutes les responsabilités d'un médecin et les complexités du système médical, mais tout le monde ne peut pas faire ce qu'un médecin fait. La plus honorable carrière est celle-ci où on sauve la vie des patients chaque jour.

Bibliographie

- AAFPINS. "Going Out On Your Own: The Cost of Running a Medical Practice." *AAFP Insurance Program*. N.p., 13 mars 2013. Web. 3 Mar 2014. <<http://blog.aafpins.com/index.php/going-out-on-your-own-the-cost-of-running-a-medical-practice/>>.
- AAMC. "GME Funding: How to Fix the Doctor Shortage." *Association of American Medical Colleges*. N.p., n.d. Web. 28 Jan 2014. <https://www.aamc.org/advocacy/campaigns_and_coalitions/fixdocshortage/>.
- AMA. "Becoming a Physician." *American Medical Association*. N.p.. Web. 13 Jan 2014. <<http://www.ama-assn.org/ama/pub/education-careers/becoming-physician.page>>.
- Béguin, François. "Hôtel-Dieu : "C'est le début de l'agonie des urgences"." *Le Monde*. N.p., 04 novembre 2013. Web. 3 Mar 2014. <http://www.lemonde.fr/politique/article/2013/11/04/delanoe-ne-validera-aucune-forme-de-demantelement-de-l-hotel-dieu_3507527_823448.html>.
- Bourgeois, Ronald, MD. "Pourquoi devenir médecin?". File last modified 2011. *Microsoft Powerpoint* file.
- Campbell, Joseph. "Joseph Campbell Quotes." *Good Reads*. N.p.. Web. 12 Mar 2014. <<http://www.goodreads.com/quotes/143093-follow-your-bliss-if-you-do-follow-your-bliss-you>>.
- Canouï, Pierre, Aline Mauranges, and Anne Florentin. *Le burn-out à l'hôpital: Le syndrome d'épuisement professionnel des soignants*. 4th ed. France: Elsevier Masson, 2008. Print.
- Centre EducationUSA. "Les Études de Médecine aux États-Unis." *Fulbright France*. N.p., n.d. Web. 17 Feb 2014. <http://www.fulbright-france.org/docs/2013170316_MEDECINS2013.pdf>.
- Chayet, Delphine. "L'Ordre des médecins fait un pas vers l'euthanasie." *Le Figaro*. N.p., 14 février 2013. Web. 3 Mar 2014. <<http://sante.lefigaro.fr/actualite/2013/02/14/19852-lordre-medecins-fait-pas-vers-leuthanasie>>.
- Cheeks, Demetrius. "10 Things You Want To Know About Medical Malpractice." *Forbes*. N.p., 16 mai 2013. Web. 3 Mar 2014. <<http://www.forbes.com/sites/learnvest/2013/05/16/10-things-you-want-to-know-about-medical-malpractice/>>.

- Clark, Alyssa. "Coping with patient death." *Healthcare Global*. N.p., 29 octobre 2013. Web. 3 Mar 2014.
<http://www.healthcareglobal.com/global_hospitals/coping-with-patient-death>.
- Crane, Mark. "Physician Frustration Grows, Income Falls -- But a Ray of Hope." *Medscape*. N.p., 24 avril 2012. Web. 17 Feb 2014.
<<http://www.medscape.com/viewarticle/761870>>.
- Davaris, Sophie. "Pourquoi la médecine fait toujours rêver les étudiants." *Tribune de Genève*. N.p., 30 Mars 2010. Web. 28 Jan 2014.
<<http://archives.tdg.ch/geneve/actu/medecine-fait-rever-etudiants-2010-03-29>>.
- "Etudes de médecine en France." *Conseil National de l'Ordre des Médecins*. Ordre National des Médecins. Web. 13 Jan 2014. <<http://www.conseil-national.medecin.fr/article/les-etudes-de-medecine-en-france-400>>.
- Foucrier, Isabelle. "Les médecins face à la mort: comment affronter l'irréparable?." *Les Inrocks*. N.p., 14 Septembre 2011. Web. 3 Mar 2014.
<<https://www.lesinrocks.com/2011/09/14/actualite/les-medecins-face-a-la-mort-comment-affronter-lirreparable-119980/>>.
- Giorgio, Marie-Thérèse. "Epuisement professionnel, burn-out chez les médecins." *Les Médecins Maîtres-Toile*. N.p., 24 novembre 2009. Web. 12 Mar 2014.
<<http://www.medecins-maitres-toile.org/medecins/epuisement-professionnel-burn-out-medecins.htm>>.
- Guignol. "Pourquoi faire médecine?." *Le médecin imaginaire*. N.p., 11 septembre 2012. Web. 28 Jan. 2014.
<<http://lemedecinimaginaire.wordpress.com/2012/09/11/pourquoi-faire-medecine/>>.
- Horton, Stephen J. "PCR Sequencing". File last modified October 2013. *Microsoft Powerpoint* file.
- Kristof, Kathy. "\$1 million mistake: Becoming a doctor." *CBS Money Watch*. N.p., 10 septembre 2013. Web. 28 Jan 2014. <<http://www.cbsnews.com/news/1-million-mistake-becoming-a-doctor/>>.
- "La PACES : 1re année commune aux études de santé." *L'Onisep*. N.p., n.d. Web. 13 Jan 2014. <<http://www.onisep.fr/Choisir-mes-etudes/Apres-le-bac/Domaines-d-etudes/Les-etudes-medicales/La-PACES-1re-annee-commune-aux-etudes-de-sante>>.
- "La prévention de l'épuisement professionnel." *Passeport Santé*. N.p.. Web. 12 Mar 2014. <<http://www.passeportsante.net/fr/Maux/Problemes/Fiche.aspx?doc=epuisement-professionnel-pm-prevention-de-l-epuisement-professionnel>>.

- Lemoine, Laurence. "L'euthanasie, un cas de conscience." *Psychologies* . N.p., 1 octobre 2012. Web. 3 Mar 2014.
<<http://www.psychologies.com/Planete/Societe/Articles-et-Dossiers/L-euthanasie-un-cas-de-conscience>>.
- "Les études de médecine." *L'Onisep*. N.p., n.d. Web. 13 Jan 2014.
<<http://www.onisep.fr/Choisir-mes-etudes/Apres-le-bac/Domaines-d-etudes/Les-etudes-medicales/Les-etudes-de-medecine>>.
- Martin. "Installation de cabinet médical : des médecins témoignent !." *NM Médical*. N.p., 15 avril 2011. Web. 3 Mar 2014.
<<https://www.nmmedical.fr/blog/index.php?post/2011/04/15/335-installation-de-cabinet-medical-des-medecins-temoignent>>.
- McCook, Alison. "A hard lesson: coping with the death of a special patient." *ACP Internist* . N.p., n.d. Web. 3 Mar 2014.
<http://www.acpinternist.org/archives/2004/04/pat_death.htm>.
- "Médecine." *Campus France*. p.1-3, 01 Avril 2012. Web. 13 Jan 2014.
<http://ressources.campusfrance.org/catalogues_recherche/domaines/fr/medecine_fr.pdf>.
- "Médecins généralistes : les conditions pour s'installer." *CMV Médiforce*. N.p., n.d. Web. 3 Mar 2014. <<http://www.cmvmediforce.fr/les-dossiers-cmv-mediforce/dossiers-par-professions/medecin/les-conditions-pour-s-installer/>>.
- Messo, Ralph K. "A peek inside the average day in the life of a physician." *SI Live* . N.p., 03 octobre 2011. Web. 17 Feb 2014.
<http://www.silive.com/healthfit/index.ssf/2011/10/a_peek_inside_the_average_day_in_the_life_of_a_physician.html>.
- Miller, Robert H., and Dan Bissell. *Med School Confidential* . New York: Thomas Dunne Books, 2006. Print.
- Morvan, Alain. "Erreurs médicales : la triple peine pour les familles." *Le Républicain Lorrain*. N.p., 02 décembre 2013. Web. 3 Mar 2014.
<<http://www.republicain-lorrain.fr/actualite/2013/12/02/erreurs-medicales-la-triple-peine-pour-les-familles>>.
- Newbell, Bobby J.. "Starting a practice." *Medical Economics*. N.p., 03 Septembre 2004. Web. 3 Mar 2014.
<<http://medicaleconomics.modernmedicine.com/medical-economics/news/starting-practicemy-first-year-tough-i-made-it>>.

- Ofri, Danielle. "Why Would Anyone Choose to Become a Doctor?." *Well Blog*. The New York Times, 21 Juillet 2011. Web. 28 Jan. 2014.
<http://well.blogs.nytimes.com/2011/07/21/why-would-anyone-choose-to-become-a-doctor/?_php=true&_type=blogs&_php=true&_type=blogs&_r=1>.
- Pelé, Audrey. "Un chirurgien condamné à verser 10 millions d'euros ." *Le Figaro* . N.p., 26 juin 2012. Web. 3 Mar 2014. <<http://www.lefigaro.fr/actualite-france/2012/06/26/01016-20120626ARTFIG00454-un-chirurgien-condamne-a-verser-10-millions-d-euros.php>>.
- Perrick, Horde. "Burn out - Syndrome d'épuisement professionnel." *Santé-Médecine.net*. N.p., n.d. Web. 28 Jan 2014. <<http://sante-medecine.commentcamarche.net/faq/15136-burn-out-syndrome-d-epuisement-professionnel>>.
- Perrick, Horde. "Le médecin malade." *Santé-Médecine.net*. N.p., n.d. Web. 17 Feb 2014. <<http://sante-medecine.commentcamarche.net/contents/175-le-medecin-malade-cnom>>.
- Perrick, Horde. "Responsabilité du médecin et faute médicale ." *Santé-Médecine.net*. N.p., n.d. Web. 17 Feb 2014. <<http://sante-medecine.commentcamarche.net/contents/180-responsabilite-du-medecin-et-faute-medicale-cnom>>.
- "Physicians and Surgeons ." *Occupational Outlook Handbook*. United States Bureau of Labor Statistics, 08 janvier 2014. Web. 17 Feb 2014.
<<http://www.bls.gov/ooh/healthcare/physicians-and-surgeons.htm>>
- Radier, Véronique. "Médecine : l'impossible retour des exilés." *Le Nouvel Observateur*. N.p., 14 juin 2012. Web. 3 Mar 2014.
<<http://tempsreel.nouvelobs.com/education/20120614.OBS8689/medecine-l-impossible-retour-des-exiles.html>>.
- Reid, T.R. *The Healing of America: A Global Quest for Better, Cheaper, and Fairer Health Care*. New York: Penguin Books, 2009. Print.
- "Réussir ses Études de Santé." *L'Étudiant.fr*. N.p., 27 août 2010. Web. 17 Feb 2014.
<<http://www.letudiant.fr/etudes/reussir-ses-etudes-de-sante-40-questions-reponses-15529.html>>.
- Rosenstein, Alan. "Physician Stress and Burnout: Prevalence, Cause, and Effect." *American Academy of Orthopaedic Surgeons*. N.p., 01 août 2012. Web. 12 Mar 2014. <<http://www.aaos.org/news/aaosnow/aug12/managing4.asp>>.

- Rudler, Mathias. "Un nouveau médecin sur quatre a obtenu son diplôme à l'étranger." *Le figaro*. N.p., 10 juin 2013. Web. 3 Mar 2014.
<<http://etudiant.lefigaro.fr/les-news/actu/detail/article/un-nouveau-medecin-sur-quatre-a-obtenu-son-diplome-a-l-etranger-2094/>>.
- Schattner, Elaine. "The Physician Burnout Epidemic: What It Means for Patients and Reform." *The Atlantic*. N.p., 22 août 2012. Web. 12 Mar 2014.
<<http://www.theatlantic.com/health/archive/2012/08/the-physician-burnout-epidemic-what-it-means-for-patients-and-reform/261418/>>.
- Schneider, Keith. "Dr. Jack Kevorkian Dies at 83; A Doctor Who Helped End Lives." *The New York Times*. N.p., 3 juin 2011. Web. 3 Mar 2014.
<http://www.nytimes.com/2011/06/04/us/04kevorkian.html?pagewanted=all&_r=1&>.
- Senelick, Richard. "An Examination of Unhappy Doctors." *Huffington Post Healthy*. N.p., 30 mai 2012. Web. 12 Mar 2014. <http://www.huffingtonpost.com/richard-c-senelick-md/doctors-happiness_b_1550546.html>.
- Silber, Denise. "Les États-Unis et la Santé." *Les Tribunes de la Santé*. 18. (2008): 51-58. Web. 17 Feb. 2014. <<http://skoppe.free.fr/medecins.pdf>>.
- St. James, Janet, and Teresa Woodward. "Terrell's only hospital shut down over patient safety." *WFAA*. N.p., 12 février 2013. Web. 3 Mar 2014.
<<http://www.wfaa.com/news/local/renaissance-hospital-terrell-state-nursing-investigation-190907101.html>>.
- Stevens, Kenneth R. "Emotional and Psychological Effects of Physician-Assisted Suicide and Euthanasia on Participating Physicians." *Issues in Law & Medicine*. 21.3 (2006): 187-200. Print.
- Stookey, Chris. "First in my Class." *Becoming a Doctor*. Ed. Lee Gutkind. New York : W.W. Norton & Company, 2010. 25-38. Print.
- Vogt, Victoria. "Why are so many American students heading overseas for medical school?." *How Stuff Works*. N.p.. Web. 3 Mar 2014.
<<http://money.howstuffworks.com/personal-finance/college-planning/admissions/overseas-medical-school.htm>>.
- Woolley, Emma. "En quoi consiste le travail d'un médecin?." *Carrières Gagnantes*. N.p., 18 décembre 2012. Web. 17 Feb 2014.
<<http://carrieresgagnantes.com/medecin/article/en-quoi-consiste-le-travail-d'un-medecin>>.